L. Hirschlaff

Hypnotismus und Suggestivtherapie

Zweite Auflage

JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG





Hypnotismus und Suggestivtherapie

Ein kurzes Lehrbuch für Ärzte und Studierende nach der I. Auflage des

† Dr. Max Hirsch

Vollständig neu bearbeitet

von

Dr. med. et phil. Leo Hirschlaff

Nervenarzt in Berlin.

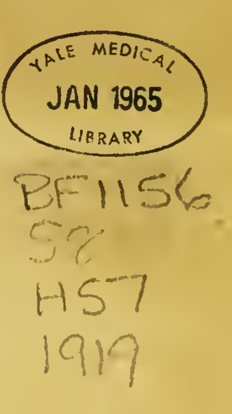
Zweite verbesserte Auflage.



Leipzig

Verlag von Johann Ambrosius Barth

1919.



Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Meinen Kindern

Agathe, Ernst, Vera

gewidmet.



Vorwort zur ersten Auflage.

In der mehr als zehnjährigen Zeitspanne, die seit dem Erscheinen der I. Auflage dieses Werkes verflossen ist, hat das Leben des Verfassers der I. Auflage Dr. Max Hirsch einen frühzeitigen Abschluß gefunden. Als daher die Aufforderung der Verlagsbuchhandlung an mich erging, eine Neubearbeitung des Werkes entsprechend dem jetzigen Stande der Wissenschaft vorzunehmen, kam ich dieser Aufforderung um so lieber nach, als ich selbst im Laufe einer fast zehnjährigen eigenen Erfahrung immer dringender das Bedürfnis empfand, meine vielfach abweichenden Beobachtungen und Anschauungen auf diesem Gebiete einem größeren ärztlichen Publikum zu unterbreiten. Die Berechtigung hierzu glaubte ich in der Tatsache erblicken zu dürfen, daß ich den hypnotischen und suggestiven Erscheinungen von jeher wissenschaftlich ein spezielles Studium widmete, zugleich aber auch in der ärztlichen Praxis Gelegenheit hatte, umfangreiche systematische Erfahrungen auf diesem schwierigen Gebiete zu sammeln. Hierbei ist es stets mein vornehmlichstes Bestreben gewesen, einerseits den Beobachtungen gegenüber die exakteste und nüchternste Kritik walten zu lassen und besonders in therapeutischer Beziehung den allzu enthusiastischen Anschauungen entgegenzutreten, die hierüber in der Literatur vielfach niedergelegt sind. Auf der anderen Seite aber habe ich mich bemüht, für die Erklärung der tatsächlichen Erscheinungen nur diejenigen Grundsätze heranzuziehen, die in den Naturwissenschaften und in der Psychologie auch sonst Geltung haben.

Entsprechend den Intentionen des Verfassers der I. Auflage habe ich mich im wesentlichen darauf beschränkt, in der Darstellung des Stoffes den praktischen Gesichtspunkten gerecht zu werden, die für die therapeutische Anwendung des Hypnotismus heute in Betracht kommen. Historische, experimentelle und theoretische Exkurse habe ich nur insoweit herangezogen, als es für das

Verständnis der therapeutischen Aufgaben unerläßlich erschien; jedes mystische Element ist gemäß dem heutigen Stande unserer Erkenntnis grundsätzlich ausgeschaltet worden. Auch die ungeheure Literatur, die sich auf dem Gebiete des Hypnotismus und der verwandten Erscheinungen im Laufe der Jahrhunderte und auch speziell in der Neuzeit angesammelt hat, ist fast gänzlich unberücksichtigt geblieben, um den Umfang des Werkes nicht über Gebühr auszudehnen und um den Charakter der Darstellung, die absichtlich auf eigenen kritischen Studien und Erfahrungen basieren soll, nicht zu verwischen.

Daß mein Standpunkt in vielen Einzelheiten von demjenigen des Verfassers der I. Auflage abweicht, wird für jeden Kenner dieses Spezialgebietes begreiflich sein, weil in dem verflossenen langen Zeitraum zwar die Phänomenologie des Hypnotismus nicht wesentlich bereichert, wohl aber die theoretische und praktische Interpretation der Erscheinungen sowie ihre psychologische Analyse um ein bedeutendes gefördert und ausgestaltet worden ist. Daraus ergab sich auch eine völlige Neugestaltung in der Anordnung des Stoffes, die ich gemäß den Grundsätzen vorgenommen habe, die sich mir bei der Abhaltung zahlreicher Ärztekurse praktisch bewährt haben. Ich hoffe, daß die mehrfach anerkannte praktische Brauchbarkeit des vorliegenden Lehrbuches durch diese Umarbeitung keinen Schaden gelitten hat.

Wenn es mir gelungen ist, den Freunden und den leider auch heute noch recht zahlreichen, wenn auch stilleren Gegnern der Hypnotherapie zu zeigen, wie man in echt wissenschaftlicher Weise die Erscheinungen der Hypnose und Suggestion zu einer Bereicherung und Ergänzung des ärztlichen Heilschatzes anwenden kann, so ist mein Zweck erfüllt.

Herrn Dr. Albert Moll, der schon dem Verfasser der I. Auflage dieses Werkes hilfreich zur Seite gestanden hat, gebührt auch mein Dank für die gütige Erlaubnis der unbeschränkten Benutzung seiner reichhaltigen Spezialbibliothek.

Berlin, im Oktober 1904. **Dr. Leo Hirschlaff.**

Vorwort zur zweiten Auflage.

Wenn ich mich auf Aufforderung der Verlagsbuchhandlung mitten im Weltkriege entschlossen habe, eine Neuauflage dieses Werkes zu veranstalten, so bewegt mich dazu in erster Linie die Beobachtung, daß das Interesse der Ärzte, speziell der Militärärzte, für die therapeutische Anwendung des Hypnotismus gerade durch den Weltkrieg in ungeahnter Weise neu belebt worden ist. Daß der Weltkrieg mit seinen ungeheuren Eindrücken und Auswirkungen eine reiche Quelle für die Entstehung mannigfacher funktioneller Nervenleiden bilden mußte, war leicht zu verstehen, wenngleich die Zahl dieser Erkrankungen gegenüber den materiellen Verletzungen und Krankheitsschädigungen der Kriegsteilnehmer immer noch eine erfreulich niedere genannt werden darf. Daß aber gerade das hypnotisch-suggestive Heilverfahren sich bei der Behandlung der funktionellen Nervenschädigungen sich in so hervorragendem Maße bewähren würde, daß sogar die Heeresverwaltung bzw. das Militärsanitätswesen offiziell sich zu diesem Heilverfahren bekennen würde, hatten vor dem Kriege weder die Gegner noch die Anhänger des Hypnotismus geahnt. Um so notwendiger erscheint es mir, der ich seit mehr als 20 Jahren mich der Hypnotherapie gewidmet habe und seit Beginn des Krieges eine Fülle militärärztlicher Erfahrungen im Felde sammeln konnte, wiederholt auf die wissenschaftlichen Grundlagen des Hypnotismus hinzuweisen und diese Therapie bezüglich der Indikationen und der Kritik ihrer Erfolge auf eine gleich exakte Basis zu stellen wie die anderen wissenschaftlich anerkannten Zweige der Therapie. Dabei bin ich mir durchaus bewußt, daß meine Bestrebungen auf dem Gebiete des Hypnotismus heute genau so wenig modern sind wie zur Zeit des Erscheinens

dieses Lehrbuches. Bestand damals schon wenig Neigung, die Erklärung der hypnotischen Erscheinungen auf die auch im Wachleben wirksamen und bekannten Gesetze des psycho-physiologischen Geschehens zu beschränken, so hat seitdem eine Hochflut spekulativen Psychologisierens eingesetzt, die hauptsächlich von Freud und seiner psycho-analytischen Schule ausgegangen ist. Ich habe nie ein Hehl daraus gemacht, daß ich die Einführung des Unbewußten in die psychologische Forschung für eine grundsätzliche Verirrung halte und daß gegenüber den Heilerfolgen des Hypnotismus sowie überhaupt aller seelischen Behandlungsmethoden eine gesunde Kritik von vitaler Bedeutung ist. Ich bin überzeugt, daß die Erfahrungen des Krieges in psychologischer und medizinischer Hinsicht meine vorsichtigere Stellungnahme zu diesen Problemen rechtfertigen werden, wenn auch in der ersten Zeit die Wogen der therapeutischen Begeisterung, wie gewöhnlich, etwas über das Ziel hinausschießen. Daß auch die wissenschaftlich-kritische Richtung des Hypnotismus, die ich — bisher noch immer ohne größeren Anhang — vertrete, geeignet ist, ein nicht unerhebliches Scherflein zur Linderung der vielfachen Schädigungen des Weltkrieges beizutragen, hoffe ich im vorliegenden Werke gezeigt zu haben. Ein größeres, die gesamte Psychotherapie umfassendes Werk, dessen Erscheinen nach dem Kriege geplant ist, soll von diesem Streben noch wirksamer Zeugnis ablegen.

Im Felde, Oktober 1918.

Dr. Leo Hirschlaff.

Inhaltsverzeichnis.

Kapitel 1.

Geschichte des therapeutischen Hypnotismus.

Das Bestreben, kranke Menschen zu heilen, zeigt sich in der Geschichte der Menschheit als eines der ersten Zeichen der erwachenden Kultur. Unter den Heilmitteln, die in der Behandlung der Krankheiten angewandt wurden, haben die psychischen Mittel von jeher bewußt oder unbewußt eine große Rolle gespielt. So kommt es, daß die Geschichte des therapeutischen Hypnotismus — den Begriff im weitesten Sinne des Wortes gefaßt — bis in die ältesten Zeiten der Menschheitsentwicklung hineinreicht, über die wir überhaupt gesicherte Kenntnisse besitzen.

Freilich sind die Formen, in denen die psychische Therapie der älteren Zeiten zur Anwendung kam, entsprechend dem Tiefstande des allgemeinen medizinischen Wissens vielfach von den heutigen abweichend und zumal mit religiösen und mystischen Elementen durchsetzt und verquickt. Dennoch bestehen, sofern man von dem Äußeren mehr oder weniger absieht und den Kern der Sache ins Auge faßt, so zahlreiche Analogien und Berührungspunkte mit neueren und modernen Bestrebungen, daß es sich wohl verlohnt, in großen Zügen der historischen Entstehung des Hypnotismus und der verwandten Erscheinungen ein wenig genauer nachzugehen.

In den ältesten Urkunden der Inder, den Veden und Upanishaden, finden sich Vorschriften zur Erzielung autohypnotischer Zustände fast ausschließlich zum Zwecke religiöser Übungen. Nach Gumpertz wurde die „Versenkung" (samâdhi) folgendermaßen ausgeführt: „An einem Orte, welcher still ist und wo das Herz nicht zerstreut und unstet oder in Furcht und Schrecken versetzt wird und kein Schmutz ist, breite der Mensch

Streu aus und lasse sich nieder. In der Erde sei keine Vertiefung und keine Erhöhung; es fehle nicht an Licht. Er sitze entweder in Quadratform (auf vier Knien, d. h. den Knien und dem von den Fersen gestützten Hinterteil) oder, wenn es ihm keine Beschwerde macht, auf zwei Knien, das Gesicht nach Mitternacht gewendet, oder sitze beliebig auf geziemende Art. Er hefte sein Auge auf die äußerste Spitze der Nase, lege beide Hände zusammen und bringe beide Füße aneinander; das Herz halte er frei von überkommenden Gedanken und im Herzen nenne er den großen Namen Pranou; beim Nennen dieses Wortes stelle er sich das Wesen, welches dadurch bezeichnet wird, in Gedanken vor.“ Ein andermal heißt es, man solle während des einmaligen Einatmens und Atemanhaltens das Oum 80mal oder noch öfter sagen (die drei Buchstaben des Oum bedeuten die Welt der Erde, die Welt der Atmosphäre, die Welt des Paradieses). „Wenn der Mensch sich diese leuchtende Person, welche alles erfüllt, im Herzen nicht vorstellen kann, so tue er es im Innern des Gehirnes. Und diese Vorstellung im Gehirn wird zweifellos, wenn er die neun Pforten, durch welche die Luft ausgeht, fest verschließt. Die beiden unteren schließe er mit den beiden Fersen, die beiden Ohren mit den beiden Daumen, die beiden Augen mit den Zeigefingern, die beiden Nasenöffnungen mit den beiden Mittelfingern und die beiden Lippen mit den vier Ring- und kleinen Fingern. (Das heißt die große Zügelung.)“ In der Yoga-Philosophie geht das Streben über die bewußte Konzentration hinaus bis zur vollen Bewußtlosigkeit. Eine besondere Art des Yoga (Hathayoga) schreibt z. B. vor, mit starrem Blicke einen recht kleinen Gegenstand zu fixieren, bis die Augen tränen. Alsdann soll der Versenkte im Innern seines Körpers die Töne einer Trommel, des Meeresrauschens oder andere hören, bis auch diese aufhören und er völlig bewußtlos und starr wird. Die Lehre Buddhas bildete später diese Übung der Versenkung zum Zwecke philosophischer Erleuchtung

aus, während die Jaina-Lehre sie im Sinne einer asketischen Erlösung verschärfte. Obwohl die bis zu Halluzinationen und bis zu körperlichen Selbstpeinigungen sich steigernden Erscheinungen der religiösen Ekstase bei den indischen Fakiren und Yogin auf diese Weise zunächst außermedizinischen Zwecken gewidmet waren, liegt es nahe, ihre therapeutische Anwendung zu vermuten, da die Priester als Träger der älteren medizinischen Wissenschaft in der Lehre befangen waren, daß die Krankheiten von bösen Geistern verursacht würden, die in den Körper eingedrungen wären und durch magische Beschwörung wieder daraus entfernt werden könnten.

Ähnliche Gesichtspunkte finden sich bei allen alten Kulturvölkern, von denen wir wissen, als Ausgangspunkt hypnose-ähnlicher therapeutischer Maßnahmen. Auch bei den Naturvölkern haben Bastian und Stoll die gleichen Erscheinungen nachgewiesen. Bei den uralaltaischen Völkerschaften, den Bewohnern der Hochgebirge Zentralasiens, blühte die Magie am meisten, wie die Keilschriftdokumente beweisen, die in der Bibliothek des Königspalastes zu Ninive gefunden wurden und die aus der Regierungszeit des Königs Assurbanipal im 7. Jahrhundert v. Chr. stammen. Von Anfang an finden sich hier zwei Arten von Magikern, die laulajat oder Beschwörer, die die weiße oder gute Magie ausüben, und die noijat, Zauberer, die mit den schlechten Geistern in Verbindung stehen. Beide schreiben sich die Heilkräfte zu. Wenn ihre Kräfte versagen, so greifen sie zu dem Himmelsstab, mit dem sie die Kranken berühren, einem kleinen, mit Inschriften bedeckten Holzstab, der mit dem Krummstab der heutigen Bischöfe große Ähnlichkeit aufweist. Zur Diagnostik der Krankheiten versetzen sich die Magiker in einen Zustand der Ekstase, in dem sie mit den Geistern, die die Krankheit verursachen, in nähere Verbindung treten. Die Ekstase wird hervorgerufen durch Genuß einer gewissen Menge einer berauschenden Flüssigkeit, die die Muskelkräfte stärkt, Krämpfe, Hallu-

zinationen und Träume hervorruft. Dieser Trank ist verwandt dem Homa der Bewohner Turkestans, einer antiken Pflanze (sarcostema viminalis), die auch in den Texten des Zend Avesta erwähnt wird und die als Heilmittel für sämtliche Krankheiten galt.

Auch bei den Chaldäern blühte die weiße und schwarze Magie, wie zahlreiche Bibelstellen zeigen. So heißt es z. B. Ev. Marci 16 (17, 18): „In meinem Namen werden sie Teufel austreiben, mit neuen Zungen reden, Schlangen vertreiben, und so sie etwas Tödliches trinken, wird's ihnen nicht schaden; auf die Kranken werden sie die Hände legen, so wird's besser mit ihnen werden." Vgl. I. Timoth. 4 (14); Jacobi 5 (14, 15); Apostelgeschichte 14 (3), 19 (2), 28 (3—6) usw. Außer dem Beschwören, dem Handauflegen und Anhauchen dienten Talismane und Tâvs als Heilmittel gegen die Krankheiten. Durch die Chaldäer wurde die Magie nach Babylon, Ägypten, Griechenland und Europa gebracht.

In der ältesten Urkunde der Ägypter, dem Papyrus Ebers, der unter den Trümmern Thebens gefunden wurde und der aus der Regierung des Königs Konsou (1552 v. Chr.) stammt, finden wir folgende Vorschrift: „Lege die Hände auf ihn, um den Schmerz der Arme zu beruhigen, und sage, daß der Schmerz verschwinden wird." Nach dem Gesetzbuche des Menu, das 880—1280 v. Chr. verfaßt, noch heute bei den Hindus als Religionsbuch in Ansehen steht, setzt sich jede gute Ordination aus zwei Teilen zusammen: 1. einer medizinischen Vorschrift, 2. einer magischen Formel. Der Papyrus Ebers enthält viele solcher Formeln, z. B. eine, welche bestimmt ist, die Wirkung eines Brechmittels zu unterstützen (nach Regnier): „O Démon qui loge dans le ventre de ***, fils de **, ô toi dont le Père est nommé Celui qui abbat les têtes, dont le nom est Mort, dont le nom est Mâle de la Mort, dont le nom est maudit pour l'éternité." Später gab es Tempel, z. B. der Isis, des Osiris und Serapis, in die die Kranken kamen, um

zu schlafen und Träume zu empfangen. Am berühmtesten war der Serapis-Tempel zu Canope. Bedenkt man, daß die medikamentöse Therapie der alten Ägypter nicht auf allzu großer Höhe stand, wie das Beispiel eines Linimentes aus einer Abkochung eines alten Buches in Öl u. a. beweist, so wird man der geschilderten Psychotherapie eine gewisse Bedeutung nicht absprechen können.

Das Institut des Tempelschlafes erfuhr bei den alten Griechen eine weitere Ausbildung. Dies entspricht ganz ihrer Würdigung des Traumes als einer göttlichen Eingebung oder Enthüllung. Die Pythagoreer verbannten z. B. die Bohnen aus ihrem Speisezettel, weil es von ihnen hieß, daß sie die Träume störten und die prophetische Natur der Traumbilder beeinträchtigten. Infolge dieser Wertschätzung der Träume, die sich bei fast allen Philosophen dieser Zeit findet, bemächtigten sich die Priester dieses Aberglaubens, um daraus für ihre Heilzwecke Kapital zu schlagen. Und während ursprünglich die Asklepios-Jünger eine empirische medizinische Wissenschaft getrieben hatten, mußten sie nunmehr, der Konkurrenz der Priester und dem Wunderglauben des Volkes nachgebend, sich dazu bequemen, ihre Heilmethode diesen Lehren anzupassen und sie in deren abergläubische Gebräuche einzukleiden, obwohl sie fortfuhren, in dieser Form ärztliche Ratschläge zu geben. Es ist interessant, die auf diese Weise zustande gekommene Heilmethode näher kennenzulernen. Nach Regnier mußten die Kranken, bevor sie zum Schlafen in dem Tempel zugelassen wurden, sich unter dem Vorwande der Reinigung diversen Praktiken unterwerfen, die geeignet waren, die Einbildungskraft zu erhöhen. Zuerst erhielten sie für mehrere Tage eine strenge Diät; sodann folgten Bäder, Salbungen, Räucherungen und aromatische Abreibungen. Während dieser Zeit wurden die seelischen Einwirkungen nicht vernachlässigt: man erzählte dem Kranken von den wunderbaren Kuren, die den Ratschlägen Gottes zu danken seien; man zeigte ihm die Inschriften und Weih-

geschenke der geheilten Patienten, die davon Zeugnis ablegten. Der Tempel selbst war an einem angenehmen Orte gelegen, umgeben von Gärten und Wäldern und mit Heilquellen ausgestattet, deren Mineralwässer auf die Gesundheit der Besucher eine günstige Wirkung ausüben konnten. Auch an Zerstreuungen fehlte es nicht: die Umgebungen des Tempels waren wohl versehen mit Theatern und Sport- und Spielplätzen jeder Art, gerade wie die besteingerichteten Badeorte unserer Zeit. Man vermied mit großer Sorgfalt die Aufführung tragischer Szenen und ließ zu dem heiligen Orte weder Sterbende noch Schwerkranke zu, denen ein grausames Leiden fortwährende Klagen oder heftige Schreie entpreßte. Nach einigen Tagen, in denen der Kranke betäubt wurde von den Erzählungen und der Neuheit des ganzen Schauspiels, übererregt durch die Erwartung, die Unruhe, die Länge der Reise, waren seine Nerven genügend gespannt: er war bereit für den Traum, und die Priester hatten vollauf Gelegenheit gehabt, sich über den Kranken eingehend zu orientieren, um nötigenfalls das Traumbild, welchen Inhaltes es auch immer sein mochte, im Sinne einer für den Fall brauchbaren und verständigen Vorschrift zu deuten. Jetzt erst begann die letzte Szene. Nach einem Opfer betrat der Kranke den Tempel und legte sich dort nieder, um zu schlafen und vor allem zu träumen. Dabei übernahmen es im Notfalle die Priester, die Erscheinungen künstlich hervorzurufen und zu dirigieren. Sie ließen am Morgen in der Dämmerung Stimmen im Innern des Tempels erklingen, die die Kranken im Halbschlaf für diejenige Gottes hielten. Im Vertrauen auf die Leichtgläubigkeit des Volkes scheuten sie sich sogar nicht, selbst bei den Kranken zu erscheinen, angetan mit dem Kostüm des Asklepios. Oft erschienen sie auch in Begleitung von Kindern, die als Töchter des göttlichen Arztes figurierten, und von dressierten Schlangen. Sodann fragten sie die Kranken aus, palpierten sie und diktierten häufig mit eigenen Worten den heilkräftigen Traum. Einige Stellen

bei Artemidor u. a. lehren uns, daß, während die Kranken schliefen oder sich stellten, als ob sie schliefen, die Priester therapeutische Applikationen, bisweilen sogar chirurgische Operationen an ihnen vornahmen.

Der Tempelschlaf erhielt sich bis in die Mitte des 6. Jahrhunderts n. Chr. und wurde von Griechenland nach Rom übertragen. Daneben existierte die Einrichtung der Orakel, als deren Typus die delphische Pythia gelten kann. Auf den Abhängen des Parnaß hatte sich eine Priestergruppe niedergelassen, die sich dem Apollokult widmete und die der Quelle Kassotis die Macht zuschrieb, den prophetischen Geist des göttlichen Willens auf denjenigen zu übertragen, der von der Quelle trinken würde. So wurde die Pythia, die auf einem großen bronzenen Dreifuß sitzend den Emanationen der heiligen Quelle unterlag, schließlich zur wahren Interpretin Gottes. Heute würden wir ihre Darbietungen als einen hysterischen Erregungszustand bezeichnen, beginnend mit Krämpfen und Kontrakturen und endigend in einer deliranten Phase, deren unzusammenhängendes Geschwätz den Priestern als Grundlage ihrer göttlichen Orakelsprüche diente. In gleichem Sinne fungierten in Rom die Sibyllen, von denen die berühmteste, Hierophyle in Cumae, dem Tarquinius Superbus für 300 Goldstücke die bekannten sibyllinischen Bücher verkaufte, in denen das Schicksal des römischen Volkes niedergelegt sein sollte. Zur Zeit des Augustus lebte eine Sibylle Albunea, die in einem Walde bei Tibur weissagte und die dem Kaiser die Geburt, die Mission und den Kreuzestod Christi vorausgesagt haben soll.

Die christlichen Herrscher und die aufgeklärte Ärzteschule von Alexandria räumten bald mit den magischen Praktiken auf. Indessen etablierte sich doch im 1. Jahrhundert n. Chr. in Alexandria eine Sekte jüdischer Philosophen, die Essäer oder Hemerobaptisten, die mit Hilfe von Zauberbüchern, Wurzeln und Steinen von eigentümlicher Beschaffenheit Kuren und Dämonenbe-

schwörungen betrieben. Aus der Geheimlehre, die von ihnen ausgebildet wurde, entwickelte sich später die Kabbala, ein Gemisch von chaldäischen, pythagoreischen und jüdischen Phantasien. Die eigentlichen Gründer des später sogenannten kabbalistischen Systems sollen der berühmte R. Akiba ben Joseph, der angebliche Autor des Buches Jesirah, und sein Nachfolger R. Simon ben Jochai gewesen sein, dem mit Unrecht das Buch Sohar zugeschrieben wird. Ein Jünger dieser Kunst war Apollonius von Tyana, von dem charlatanistische Wunderkuren aller Art berichtet werden. Die Neuplatoniker bemühten sich, diesen eklektizistischen Unsinn in ein wissenschaftliches System zu bringen. Plotin unterschied zwei Arten von Geistern: gute und böse Geister. Die bösen Geister sollten hauptsächlich durch Talismane und durch Worte, die fremden Sprachen entlehnt waren, vertrieben werden. Nach Jamblichus waren die wirksamsten Worte diejenigen, deren Sinn man am wenigsten verstand, weil sie die ältesten und infolgedessen von göttlichem Ursprunge seien. Auch Jesus glaubte an die Existenz guter und böser Geister und an die Wirksamkeit gewisser Mittel, die bösen Geister zu vertreiben. Ev. Matthäi 8 (16) steht geschrieben: „Am Abend aber brachten sie viel Besessene zu ihm; und er trieb die Geister aus mit Worten, und machte allerlei Kranke gesund.“ Ähnlich Ev. Matthäi 4 (23, 24); 10 (1—8); 12 (24—28) usw. Auch sonst finden sich in der Bibel Geistererscheinungen (Engel), Heilungen der Apostel durch Handauflegen und Austreiben von Dämonen durch magische Prozeduren erwähnt (s. oben). Vielfach wurden nur die Namen der Dinge geändert: die Amulette, die Beschwörungen, die schicksalskündenden Zeichen wurden ersetzt durch die Reliquien, die Gebete, das Zeichen des Kreuzes. Der an einem Ende gekrümmte Stock, mit dessen Hilfe die Auguren den Himmel für ihre Weissagungen teilten, wurde zum Krummstab der Bischöfe. Auch in bezug auf den Glauben an übernatürliche Kräfte wurden nur die

Namen geändert. Paulus im 1. Korintherbrief 12 (9, 10) zählt unter den Gaben, die der heilige Geist verleiht, auf: die Gabe, Wunder zu tun, mancherlei Sprachen zu sprechen, gesund zu machen und die Weissagung.

Mit dem Christentum verschwand die prophetische Ekstase aus den Tempeln und ging auf die religiösen Gemeinschaften über. Irenäus (2. Jahrh. n. Chr.) berichtet von einem Ketzer Marc, der sogar Prophetinnen fabrizierte. Justinian und Theodosius hingegen verfolgten die Magiker und Zauberer mit äußerster Strenge und überlieferten ihre Bibliotheken dem Feuer. Trotzdem dauerte während des ganzen Mittelalters der Glaube an die guten und bösen Geister fort. In den Klöstern erhielten sich die religiösen Ekstasen. Die Mönche traten das Erbe der Tempelpriester an und vollzogen Wunderheilungen mittels Gebeten, Reliquien von Märtyrern und Weihwasser. Selbst die Päpste, ja sogar die Könige und Kaiser beteiligten sich an dem Heilgeschäft: Pyrrhus, König von Epirus, und Vespasian heilten nach den Lebensbeschreibungen von Plutarch und Sueton Lähmungen und Blindheit durch Handauflegen. Papst Paul III., Kaiser Karl der Große und Otto der Große, die Könige von England und Frankreich bieten Beispiele für die manuelle Heilung von Krankheiten aller Art. Dieser Brauch erhielt sich sogar bis in die Neuzeit hinein. In dem öffentlichen Anzeiger vom Jahre 1644 finden wir folgendes Edikt des damaligen Königs von England: „Whitehall, 14. Mai 1644. Da seine geheiligte Majestät seinen Willen kund getan hat, die Heilung seines Volkes von dem Übel (sc. dem Kropf, der deshalb the kings evil hieß) während des Monats Mai fortzusetzen und dann bis zum nächsten Michaelis zu verschieben, so habe ich dieses anzuzeigen, damit das Volk in der Zwischenzeit nicht in die Stadt komme und seine Arbeitszeit einbüße.“

Indessen, während die suggestiven Phänomene hier zu einem nützlichen therapeutischen Zwecke Verwendung

fanden, machten sich daneben in immer steigendem Maße andere hypnotische und somnambule Erscheinungen geltend, die dic Grundlage der mittelalterlichen Hexenverfolgungen bildeten. Visionen und Halluzinationen, lethargische und somnambule Zustände, Nymphomanien und Dämonomanien herrschten endemisch und epidemisch und wurden teils zur Grundlage. abergläubischer Verehrung, teils zum Gegenstande grausamster Verfolgung gemacht. Von dem Umfange des mittelalterlichen Hexenwesens macht man sich einen Begriff, wenn man hört, daß um das Jahr 1600 herum allein in Frankreich 300 000 Hexen existierten, und daß manchmal in einem einzigen Jahr und in einem einzigen Distrikt mchr als 1000 Hcxen dem Scheiterhaufen überliefert wurden. Nicht nur die niederen Kreise, sondern auch die Gelehrten unterlagen dieser abergläubischen Richtung des Denkens, wenn auch daneben die medizinische Wissenschaft sich zu immer höhercr Blüte entfaltete. 1597 erschien die Angelographie von Carman, in der die Engel und die Teufel definiert, klassifiziert, benannt und sozusagen katalogisiert wurden. Es ist bekannt, daß auch Melanchthon und Luther an die bösen Geister glaubten und unter ihren Anfechtungen zu leiden hatten.

Jedoch beginnen bereits seit dem Anfange des 16. Jahrhunderts langsam die Versuche, die wunderbarcn Erscheinungen auf naturwissenschaftlichem Wege zu erklären und die Einbildungskraft der Kranken für die Entstehung der sog. übernatürlichen Vorgänge verantwortlich zu machen. Pietro Pomponazzi aus Mantua, 1462—1524, war einer der ersten, dcr in diesem Sinne der Aufklärung diente. Er sagt (zit. nach Regnier): „On conçoit facilement lcs cffets mcrveilleux que peuvent produire la confiance et l'imagination, surtout quand elles sont réciproques entre les malades et celui qui agit sur eux. Les guérisons attribuées à certaines réliques sont l'effet de cette imagination, de cette confiancc. Les médecins et les philosophes savent que si

on mettait à la place des ossements d'un saint ceux de tout autre squelette, les malades n'en seraient pas moins rendus à la santé, s'ils croyaient approcher de véritables réliques.“ Ähnliche Äußerungen finden sich bei Erasmus, Bacon, Bekker usw.

Zunächst freilich gelang es noch nicht, diese wissenschaftliche Erklärung der Dinge dem Volke annehmbar zu machen, weil sie nicht materiell genug war. So kam es, daß Paracelsus, oder wie er mit vollem Namen heißt, Philippus Aureolus Paracelsus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493—1541), den Glauben des Volkes für sich gewann, als er die Lehre vertrat, daß ein magnetisches Fluidum über das ganze Weltall verbreitet sei. Nach ihm (vgl. seine Opera omnia, Genevae 1658) ist die ganze Seele ein unwägbares Fluidum, das vom Körper emaniert ist. Er sagt: „Der Wille eines Individuums kann durch die Kraft seiner Anstrengung auf das geistige Wesen eines anderen Individuums einwirken, in den Kampf mit ihm eintreten und es seiner Macht unterwerfen.“ Aber auch er erkennt andererseits: „Nehmt die Einbildungskraft und das Vertrauen weg, und ihr werdet nichts erreichen. Aber mag der Gegenstand eures Glaubens wirklich oder eingebildet sein, so werdet ihr nichtsdestoweniger die gleichen Wirkungen erzielen.“

Die Lehre des Paracelsus, den seine Feinde den Lutherus medicorum nannten, fand in Deutschland zahlreiche Anhänger. Schon 1630 schrieb van Helmont: „Der Magnetismus hat nichts Neues an sich außer dem Namen. Er ist paradox nur für diejenigen, die sich über alles lustig machen, und die der Macht Satans zuschreiben, was sie nicht erklären können. Man gibt den Namen Magnetismus dem okkulten Einflusse, den die Körper in der Entfernung aufeinander ausüben, sei es durch Anziehung, sei es durch Abstoßung. Das Mittel oder Vehikel dieses Einflusses ist ein ätherisches Fluidum, ‚magnale magnum‘, das alle Körper durchdringt und die

Masse der Säfte in Bewegung setzt." An Helmont schließen sich Robert Fludd (Philosophia mosaica, Guda 1638) und der schottische Arzt Maxwell (Medicina magnetica lib. III, Francofurt., 1679) an.

Es blieb dem Wiener Arzt Franz Anton Mesmer, 1733—1815, vorbehalten, die Lehre vom Magnetismus zu einem therapeutischen System auszubauen. Mesmer, den seine frommen, unbemittelten Eltern zuerst für den geistlichen Stand bestimmt hatten, der sich aber später der Jurisprudenz und endlich der Medizin zuwandte, versenkte sich anläßlich seiner Dissertation „De influxu planetarum in corpus humanum (1766)" in das Studium der Werke des Paracelsus, Fludd, van Helmont usw. und wurde so der Entdecker des sog. tierischen Magnetismus. Ursprünglich ausgehend von der therapeutischen Anwendung des Stahlmagneten, wähnte er bald seinen Körper derart „magnetisch" geworden, daß er des künstlichen Magneten entbehren zu können glaubte; und diese Annahme befestigte sich in ihm um so mehr, als er gelegentlich einiger Krankenbehandlungen die Wahrnehmung machte, daß, wenn er mit den bloßen Händen vom Kopfe der Kranken nach deren Extremitäten herunterstrich, ganz eigentümliche Erscheinungen dadurch hervorgerufen wurden. Diese Erscheinungen begannen mit leichten Störungen der Atmungstätigkeit, flüchtiger Rötung des Antlitzes, verlangsamter oder beschleunigter Herzaktion. Die oberen Augenlider senkten sich in zitternder Bewegung herab und waren nur schwer, oft auch gar nicht wieder zu öffnen. Einzelne Teile, selbst der ganze Körper verfiel in Muskelstarre oder es traten Konvulsionen auf und ein mehr oder weniger tiefer Schlaf bildete das letzte Glied in der Kette der Erscheinungen (s. Ennemoser, Der Magnetismus in seinen allseitigen Beziehungen, Leipzig 1819).

Diese Beobachtung des „Schlafwachens" hielt Mesmer sorgfältig gegen jedermann geheim, „des damaligen Religionsgeistes wegen und weil er voraussah, daß daraus

Mißverständnisse entstehen würden, welche zu Irrtum über den Magnetismus selbst führen könnten". Dagegen veröffentlichte er 1775 ein „Sendschreiben an einen auswärtigen Arzt über die Magnetkur", in dem er seine Entdeckung der therapeutischen Wirkung des Stahlmagneten und die Möglichkeit, diese Wirkung auf sämtliche Gegenstände als Papier, Brot, Wolle, Stein, Glas, Wasser usw. zu übertragen, ausführlich darstellt.

Die Akademien, denen Mesmer seine Entdeckung zur Untersuchung anempfahl, verhielten sich ablehnend; die ehemaligen Lehrer Mesmers, van Swieten und de Haen, rieten ihm, von seiner Heilmethode, als auf Irrtum und Schwärmerei beruhend, abzulassen; seine Berufsgenossen wandten sich von ihm ab und erklärten ihn für einen Betrüger. Nur die regierenden Häupter, z. B. Kurfürst Joseph Maximilian von Bayern, und das große Publikum glaubten an seine Wunderheilungen, zumal er, durch Verheiratung in den Besitz eines bedeutenden Vermögens gelangt, in Wien in seinem eigenen Hause ein magnetisches Hospital errichtete, dessen eigenartige Einrichtung der Phantasie des Volkes mannigfache Nahrung darbot. Bald jedoch machte er sich in Wien unmöglich dadurch, daß er, gegen sein gegebenes Versprechen, der seit ihrem dritten Lebensjahre erblindeten Sängerin Paradis durch den animalischen Magnetismus nicht wieder zu ihrem Sehvermögen verhelfen konnte, dessenungeachtet aber öffentlich behauptete, sie völlig hergestellt zu haben. In Paris, wohin er übersiedelte, glückte es ihm, in kurzer Zeit ein Vermögen von 40 000 Franken zu erwerben, trotzdem die Pariser Akademie, die 1784 zum zweiten Male eine Kommission zur Prüfung des animalischen Magnetismus eingesetzt hatte, der u. a. Franklin und Lavoisier angehörten, sich abermals in ablehnendem Sinne entschied. Das Anerbieten der französischen Regierung unter dem Ministerium Maurepas, in einer ihm zu errichtenden Heilanstalt für ein Jahresgehalt von 20 000 Franken seine Kunst zu lehren,

schlug Mesmer aus, unter dem Vorwande, daß die „Gemeinmachung seiner Kunst zu gefährlichen Mißbräuchen Veranlassung geben könnte“. Später wurde er hierin anderen Sinnes und erklärte sich gelegentlich einer Subskription, die seine Freunde D'Eslon und Bergasse für ihn veranstalteten, bereit, jedem das Geheimnis seiner Heilkunst verkaufen zu wollen, der ihm 100 Louisdor dafür zahlen könne. Allerorten blühten jetzt „Schulen für den Mesmerismus“ und „Harmonische Gesellschaften“ auf, um nach einigen Jahren, als die französische Revolution alles Bestehende umstürzte, ebenso plötzlich wieder von der Bildfläche zu verschwinden, als sie dereinst üppig wuchernd emporgeschossen waren. Mesmer selbst, seines Vermögens und seiner Freunde beraubt, entfloh aus Paris und kehrte in seine Heimat nach Meersburg zurück, wo er einsam und vergessen in dürftigen Verhältnissen am 5. März 1815 verschied. Sein Hauptwerk: „Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus“ erschien 1815 in Karlsruhe.

Kurze Zeit, bevor Mesmer die Entdeckung des tierischen Magnetismus bekanntgegeben hatte, veröffentlichte der Jesuitenpater Johann Joseph Gassner, Pfarrer zu Klösterle im Bistum Chur, im Jahre 1761 eine aufsehenerregende Broschüre: „Nützlicher Unterricht wider den Teufel zu streiten durch Beantwortung der Fragen: 1. Kann der Teufel dem Leibe des Menschen schaden? 2. Welchen am mehrsten? 3. Wie ist zu helfen?“ In diesem Werke führt Gassner die Krankheiten des Leibes darauf zurück, daß der Teufel den Gottlosen Würmer, Frösche, Schlangen und Mäuse im Leibe erzeuge, sowie Scheren, Haarnadeln, Gläser und andere fremde Dinge hineinpraktiziere, daß den armen Geplagten darob ganz jämmerlich zumute würde. Es sei die Aufgabe des Priesters Jesu, durch sein machtvolles „Cesset“ diesen Anfechtungen ein Ende zu bereiten. Eine von den Beschwörungsformeln, die Gassner bei der Behandlung eines gichtkranken Grafen mit

Erfolg zur Anwendung brachte, lautet z. B. nach dem amtlichen Protokoll: „Cesset omnis dolor in toto corpore, in omnibus articulationibus et juncturis: praecipio hoc ego, minister Dei et Ecclesiae, in nomine Jesu Christi". Mit Hilfe dieses „Exorcismus" gelang es Gassner, mehr als 20 000 amtlich beglaubigte Heilungen zu vollziehen, die z. T. von den medizinischen Professoren der Ingolstädter Universität kontrolliert und bestätigt wurden. In seiner Glanzzeit in Ellwangen, wohin er 1774 durch den Fürstbischof von Regensburg berufen worden war, sollen täglich 1500 Patienten zu ihm gepilgert sein, die alle vom Teufel besessen zu sein wähnten. Gassner starb 1779 in Einsamkeit, nachdem Prof. Sterzinger beim Bischof das Verbot seiner Heilungen durchgesetzt hatte, wegen Mißbrauchs des Namens Jesu.

Die von Mesmer inaugurierte Therapie bildete sich in der Folgezeit nach drei Richtungen weiter aus. Die Pariser Mutterschule wirkte hauptsächlich physisch, durch Berühren mit den Händen, mittels metallener oder gläserner Konduktoren (vgl. das Baquet) oder mittels Trinken von magnetisiertem Wasser. Man suchte Konvulsionen künstlich hervorzurufen. Die vom Ritter Barbarini gegründeten Schulen der Spiritualisten zu Ostende und Lyon wirkten dagegen rein psychisch und nahmen außer dem Willen und Glauben keine anderen Agentien an. Der Marquis von Puységur endlich, der Stifter der Société harmonique des amis réunis de Strassbourg, verband die physische mit der psychischen Behandlung. Ihm diente der künstlich hervorgerufene Somnambulismus als hellseherisches Mittel, um Aufklärung darüber zu erhalten, wie man die Heilung bewirken solle.

Diese physisch-psychische Methode Puységurs verpflanzte Lavater nach Deutschland, indem er Wienholt in Bremen, Böckmann in Karlsruhe, Gmelin in Heilbronn und viele andere Ärzte für die Sache interessierte und zu ausgedehnten Studien und Versuchen veranlaßte.

Im Jahre 1789 machte Professor Selle magnetische Experimente in der Berliner Charité, auf Grund deren er die künstliche Hervorrufung somnambuler Krisen für vernunftwidrig und gemeingefährlich erklärte, während das Streichen an und für sich und die damit verknüpfte seelische Beeinflussung unleugbar von großem Nutzen sei, insbesondere bei Nervenkranken. Leider aber bemächtigte sich auch eine große Zahl unberufener Laien der Sache, um unter allerhand Gaukeleien und Charlatanerien Gewinn aus der neuen Heilmethode zu ziehen, so daß mehrere Staaten sich veranlaßt sahen, strenge Verbote gegen die Anwendung des Mesmerismus zu erlassen.

Am Anfange des 19. Jahrhunderts unterscheidet Moll in Deutschland eine wissenschaftlich-kritische und eine mystische Richtung. Der ersteren gehören Treviranus, Schelling, Kieser und Hufeland an; später Ennemoser, Schopenhauer und Carus. Unter den Mystikern sind Eschenmayer, Justinus Kerner, der Dichter der „Seherin von Prevorst" und Wolfart zu nennen. Wolfart wurde 1812 von der preußischen Regierung zu Mesmer nach Frauenfeld gesandt, um sich über die Frage des Magnetismus zu orientieren. Er kehrte als überzeugter Anhänger Mesmers zurück, führte dessen Heilmethode in die Hospitalbehandlung ein und hielt später als Universitätsprofessor an der Berliner Universität Vorlesungen über diesen Gegenstand.

In ein neues Stadium trat die Lehre vom Magnetismus erst, als im Jahre 1814 der Abbé Faria aus Indien nach Paris zurückkam und durch Versuche, deren Ergebnisse er 1819 veröffentlichte, zeigte, daß eine fremde Kraft zur Herbeiführung der magnetischen Erscheinungen nicht nötig sei. Das Grundprinzip des Magnetismus sei nicht ein Fluidum, das auf den Körper des Kranken einwirke, sondern die Suggestion, ein rein seelischer Vorgang. Hierdurch angeregt wurden im Jahre 1820 Experimente in den Pariser Hospitälern auf Veranlassung von du Potet angestellt. Im Jahre 1826 ernannte die Pariser Akademie

eine Kommission, um die Frage des tierischen Magnetismus aufs neue zu untersuchen. Nach fünfjähriger Tätigkeit sprach sich diese Kommission günstig für den Magnetismus aus. Im Jahre 1837 verwarf die Akademie aber wiederum diese Lehre und beschloß im Jahre 1840, sich überhaupt nicht mehr mit dem Magnetismus zu beschäftigen.

Einen weiteren entscheidenden Anstoß erhielt die Forschung, als im Jahre 1841 der französische Wandermagnetiseur Lafontaine in Manchester magnetische Experimente vorführte, die den englischen Arzt James Braid veranlaßten, das Studium dieser Erscheinungen systematisch in Angriff zu nehmen. Ursprünglich Skeptiker und von der Überzeugung ausgehend, daß die vorgeführten Experimente auf eine Täuschung der Zuschauer hinausliefen, beschloß Braid, die Versuche mit einwandfreien Versuchspersonen zu wiederholen. Er ließ seine Gattin, seinen Freund Walker und seinen Hausdiener beliebige Gegenstände, wie die Mündung einer Weinflasche, die Verzierung einer Porzellanschale u. dgl., zwei bis drei Minuten lang fixieren, mit dem Resultate, daß sämtliche geprüften Versuchspersonen einschliefen und die gleichen Erscheinungen darboten, die Lafontaine bei seinen Vorstellungen demonstriert hatte. Nunmehr von der Echtheit der Phänomene überzeugt, fuhr Braid fort, sich dem Studium dieser Dinge zu widmen und erkannte bald, daß die Ursache der Erscheinungen nicht in einer geheimnisvollen magnetischen Kraft, sondern vielmehr in bekannten physischen und psychischen Vorgängen zu suchen sei. So wurde Braid zum Begründer des modernen therapeutischen Hypnotismus. Der Name „Hypnotismus“ soll übrigens nach Dessoir zuerst von d'Hénin de Cuvillers (1822) gebraucht worden sein.

Braid wandte die Hypnose in ausgedehntem Maße zu Heilzwecken an. Er war der erste, der die suggestiv erzeugte Analgesie systematisch in der operativen Chirurgie zur Anwendung brachte. Seine Erfahrungen hierüber

sind niedergelegt in seinem Werke: „Neurypnology“, das 1843 in London und Edinburg erschien, 287 Seiten stark. Während er hier noch zum Teil die physischen Faktoren in Gestalt des Phrenohypnotismus (Gall) in den Vordergrund stellte, führte er in seinen späteren Schriften, wie Preyer nachgewieseu hat, alle Erscheinungen auf rein psychische Vorgänge zurück. Infolge seines echt wissenschaftlichen Vorgehens bei allen seinen Versuchen und Bestrebungen, infolge seiner nüchternen, jedem Transzendentalen abholden Betrachtungsweise und seiner kritischen Würdigung der eigenen Heilerfolge darf Braid als der eigentliche Vater des heutigen wissenschaftlichen Hypnotismus bezeichnet werden.

Auch in allen anderen Länderu blühte um diese Zeit der Mesmerismus oder Braidismus, wie das Verfahren meist noch genannt wurde. Besonders in Amerika, wo Grimes (1848) dieselben Phänomene wie Braid in England demonstrierte und sie als elektrobiologische Erscheinungen erklärte. Durand de Gros (Philips), ein französischer Arzt, der in Amerika gelebt hattc, kehrte 1853 von dort nach Europa zurück und suchte die Lehre des „électrodynamisme vital“ in mehreren europäischen Ländern bekannt zu machen. Von ihm stammt einer der ersten Versuche einer wissenschaftlichen Einteilung der hypnotischen Zuständc. James Esdaile, 1808—1859, ein sehr angesehener und vielbeschäftigter Arzt, machte von 1845 an ausgedehntc Untersuchungen über die Brauchbarkeit der suggestiven Analgesie zu chirurgischen Zwecken, infolge einer Anreguug von Elliotson, der 1838 in einer Rektoratsrede erklärt hatte, er müßte sich selbst verachten, wenn er die Wahrheit der mesmerischen Phänomene leugncte. Bcsonders nachdem er im Dienste der East India Company nach Kalkutta gegangen war, führte Esdaile, von der Regicrung unterstützt, im Laufe der Jahre über 600 große chirurgische Operatiouen mit nur 5½ % Todesfällen unter suggestiver Analgesie aus, darunter Exstirpationen großer Tumoren infolge von Elephan-

tiasis, Gliederamputationen usw. Seine Methode zur Hervorrufung der Analgesie bestand fast ausschließlich in der Anwendung mesmerischer Striche, die nach seiner Anweisung von eingeborenen Dienern und Heilgehilfen manchmal 10—12 Tage lang dem Patienten appliziert wurden, „before they were considered to be completely protected against pain in a serious operation". In sehr kritischer Weise erörterten Demarquay und Giraud-Teulon 1859 und 1860 die Frage der hypnotischen Experimente. Nach ihren Feststellungen ist die gemeinsame Grundlage aller hypnotischen, magnetischen, somnambulen usw. Erscheinungen eine gewisse idiosynkrasische Disposition hauptsächlich hysterischer Natur. Auch in der amerikanischen Psychiatrie während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war, wie Galt, Caldwell und Kiernan berichten, die Kenntnis der hypnotischen Vorgänge bereits so weit gediehen, daß den Auffassungen der damaligen Ärzte bezüglich der Methoden, Indikationen, Erfolge und psychologischen Interpretation dieser Therapie wenig hinzuzufügen ist. So kann das Problem des Hypnotismus in seinen wesentlichen Grundzügen schon damals, vor dem Auftreten der Pariser und Nancyer Schule, als geklärt gelten (vgl. Dictionnaire de Médecine von Nysten, 12. Aufl., 1865, Artikel: hypnotisme und somnambulisme).

Die Einführung des Hypnotismus in die allgemeine Therapie begann freilich erst, nachdem Liébeault seine systematischen Untersuchungen zur Suggestionstherapie veröffentlicht hatte. Liébeault, der zuerst als praktischer Arzt auf dem Lande in der Nähe von Nancy, später in Nancy selbst seine suggestivtherapeutischen Versuche anstellte, veröffentlichte 1866 ein Buch: „Du sommeil provoqué et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique" (Paris), das als der Ausgangspunkt der modernen Suggestivtherapie bezeichnet werden kann; sämtliche Erscheinungen des Hypnotismus wurden hierin auf ihren psychischen Ursprung zurückgeführt. Indessen trotz der Wissenschaft-

lichkeit, mit der Liébeault an die Frage des Hypnotismus herantrat, gelang es ihm erst sehr allmählich, das Mißtrauen der Ärzte gegen diese Therapie insoweit zu überwinden, daß diese der Prüfung der Erscheinungen nähertraten. Nachdem aber Bernheim, Professor an der medizinischen Fakultät in Nancy, seit dem Jahre 1882 die Hypnotherapie bei Liébeault studiert und dessen Behauptungen in vollem Umfange bestätigt hatte, bildete sich in Nancy cine größere Schule von Forschern aus, deren Verdienst es ist, die suggestiven Phänomene nach allen Richtungen hin erforscht und in bezug auf ihrc psychische Natur hin klargelegt zu haben. Von den hervorragendsten Vertretern der Nancyer Schule crwähne ich neben Bernheim, der 1884 sein erstes Werk: „De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille“ (Paris) veröffentlichte und diesem eine große Reihe wissenschaftlicher Arbeiten über den gleichen Gegenstand folgen ließ, hauptsächlich Beaunis, der die Physiologie des Hypnotismus bearbeitcte, und Liégeois, der die forensischen Beziehungen des Hypnotismus darlcgte.

Der Schule der Nancyer Forscher gegenüber steht die sogenannte Pariser Schule, als deren Begründer Charcot anzusehen ist, der zu seinen Studien durch den Wandermagnetiseur Donato angeregt wurde. Im Jahre 1878 veranstaltete Charcot in der Pariser Salpétrière eine Reihe hypnotischer Demonstrationen an hysteroepileptischen Kranken, wobei er nachwies, daß alle echten hypnotischen Erscheinungen eine gemeinsame Grundlage besitzen, nämlich eine pathologische Beschaffenheit des Nervensystems, wie sie auch der Hysterie zugrunde liegt. Die von ihm aufgestellte Einteilung der Stadicn des „grand hypnotisme“ wird uns spätcr noch beschäftigen. Charcots Auffassung wurde zuerst von vielen Forschern geteilt, unter denen Richet, Binet, Féré, Gilles de la Tourette, Babinski als die bedeutendsten zu nennen sind. Später verwischte sich der Gegensatz der

beiden Schulen um so mehr, als sich bei den Vertretern der Pariser Schule die Erkenntnis Bahn brach, daß neben der neuropathischen Disposition doch wohl auch die Suggestion zur Erklärung der mannigfachen hypnotischen Phänomene in Betracht gezogen werden müsse. In der Neuzeit behauptet im wesentlichen die Nancyer Schule das Feld, besonders in Deutschland, wo die rein suggestive Erklärung aller hypnotischen Erscheinungen unabhängig von jeder Disposition zum Dogma erhoben wurde.

Einen letzten Impuls erhielt die Bewegung des Hypnotismus in Deutschland, als der dänische Wandermagnetiseur Carl Hansen in den Jahren 1879 und 1880 in München, Berlin und Breslau Schaustellungen gab, zu denen er besonders die Ärzte einlud. Diese Vorstellungen, die später mit Recht verboten wurden, bildeten den Ausgangspunkt für mannigfache eingehende Studien, unter denen diejenigen von Heidenhain und Berger in Breslau, Preyer und Eulenburg in Berlin, Möbius und Wundt in Leipzig, v. Krafft-Ebing und Benedikt in Wien hervorzuheben sind.

Von den Forschern, die zum Teil noch bis in die jüngste Zeit hinein die Wissenschaft und Praxis des Hypnotismus vertreten haben, nenne ich außerdem: in Paris Auguste Voisin, Bérillon, Luys, Déjérine, Janet, Cullerre, Regnault, Farez; in Belgien Delboeuf (Lüttich), in Holland van Renterghem und van Eeden; in Dänemark und Schweden Lehmann (Kopenhagen), Johannessen und Wetterstrand (Stockholm); in Rußland Tokarski, Stembo und v. Bechterev; in Italien Lombroso und Morselli. In England war es die Society for psychical Research, die neben der Untersuchung der okkulten Phänomene auch dem Hypnotismus ihr Interesse zuwandte; als deren hauptsächlichste Repräsentanten sind Gurney und F. Myers zu nennen. Auch Hack Tuke und Lloyd Tuckey in London, Felkin in Schottland, Bramwell sind unter den englischen Förderern des Hypnotismus zu erwähnen. In

Amerika traten Beard und Sidis warm für die hypnotherapeutischen Bestrebungen ein. In den Ländern deutscher Zunge sind schließlich noch zu nennen: Forel (Zürich), v. Schrenck-Notzing (München), Hirt (Breslau), Hecker (Wiesbaden), Tatzel (Wiesbaden), Ringier (Zürich), Loewenfeld (München), Moll (Berlin), Vogt (Berlin), Schaffer (Budapest), Obersteiner (Wien), Binswanger (Jena) u. v. a.

Von den Erscheinungen der Literatur, die für das Studium des modernen Hypnotismus hauptsächlich in Betracht kommen, möchte ich folgende als die wichtigsten hervorheben, ohne natürlich auf Vollständigkeit nach irgend einer Richtung hin Anspruch zu erheben:

Max Dessoir: Bibliographie des modernen Hypnotismus. Berlin. C. Dunker. 1888. 94 S. Dazu ein I. Nachtrag, ib. 1890, 44 S.

Charcot: Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux, compris sous le nom d'hypnotisme. C. R. Acad. Sci. 94, S. 403 ff. Paris 1882. — Außerdem zahlreiche Aufsätze in den Arch. de Neurol., Gaz. des hôp., Tribune méd., Progrès méd., C. R. Soc. Biol. Paris usw.

Morselli: Il magnetismo animale, la fascinatione e gli stati ipnotici. Torino 1886.

Sallis, J. G.: Der tierische Magnetismus (Hypnotismus) und seine Genese. Leipzig 1887. 108 S.

Regnier, L.-R.: Hypnotisme et croyances anciennes. Paris 1891. Lecrosnier et Babé. 221 S.

Wundt, W.: Hypnotismus und Suggestion. Leipzig. Engelmann. 1892. 110 S.

Moll, Albert: Der Hypnotismus. IV. Aufl. Berlin 1907. 642 S.

Bernheim: Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie. Paris 1891. II. Aufl. 1903. — Deutsch von Freud, Wien 1892.

Forel, August: Der Hypnotismus. VI. Aufl. Stuttgart 1911. 306 S.

v. Krafft-Ebing: Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. III. Aufl. Stuttgart 1893.

Preyer: Der Hypnotismus. Wien und Leipzig 1890. 217 S.

van Renterghem u. van Eeden: Psychotherap. Paris 1894.

Loewenfeld, L.: Der Hypnotismus. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1901. 522 S.

James Braid: Der Hypnotismus. Ausgewählte Schriften von W. Preyer. Berlin 1882. 287 S.

Wetterstrand: Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medizin. Wien 1891. 122 S.

Großmann: Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel. Gutachten-Sammlung. Berlin 1894.

v. Bechterev, W.: Die Suggestion und ihre soziale Bedeutung. Deutsch von R. Weinberg. Mit einem Vorwort von P. Flechsig. Leipzig 1899. 84 S.

Gilles de la Tourette: L'Hypnotisme et les états analogues au point de vue médicolégal. Paris. E. Plon, Nourrit & Co. 1887. 534 S. — Deutsch Hamburg 1889.

W. Hirsch: Was ist Suggestion und Hypnotismus? Eine psychologisch-klinische Studie. Berlin 1896.

Lehmann, A.: Aberglaube und Zauberei von den ältesten Zeiten an bis in die Gegenwart. Stuttgart 1898.

Friedmann, M.: Über Wahnideen im Völkerleben. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden 1901.

Lipps, Th.: Suggestion und Hypnose. Sitzungsbericht der bayr. Akad. d. Wiss. 1897, Bd. II, H. 3.

Minde, J. R.: Über Hypnotismus. Vortrag. München 1891. 88 S.

Hirschlaff, Leo: Kritische Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Hypnotismus. Ztschr. f. Hypnot. 8 (5, 6), 9 (2, 4). 1899, 1900. — Die angebliche Bedeutung des Hypnotismus für die Pädagogik. Ztschr. f. pädag. Psychol., Pathol. u. Hygiene 1 (3). 1900. — Hypnotismus und Kurpfuschertum. Berliner Ärzte-Korresp. 1902. — Hypnotismus und Laientum. Der Gesundheitslehrer. 1903. — Artikel: Hypnotismus und Enzyklopädie des ges. Erziehungswesens (Heller) 1908. — Suggestivtherapie. Die Neue Rundschau. 1911, H. 5. — Suggestion und Erziehung. Berlin. Springer. 1914. 245 S.

Premier Congrès International de l'Hypnotisme Expérimental et Thérap. (Vors. Dumontpallier). Paris. O. Doin. 1889. 368 S.

Deuxième Congrès International etc. (Vors. F. Raymond et Jules Voisin). Paris. Vigot Frères. 1902.

Revue de l'Hypnotisme, hrsg. von E. Bérillon, Paris, von 1886 an, jetzt Revue de Psychothérapie.

Zeitschr. f. Hypnotismus, begründet von Großmann, hrsg. von O. Vogt, seit 1902 umgewandelt in Journ. f. Psychol. und Neurol., hrsg. von K. Brodmann, Halle.

Zeitschr. f. Psychotherapie u. medizin. Psychologie, hrsg. von A. Moll, Berlin.

Vgl. auch die fortlaufenden Literaturberichte über Suggestivtherapie und Hypnotismus von v. Schrenck-Notzing, v. Corval u. a. in den Enzyklopädischen Jahrbüchern der gesamten Heilkunde, hrsg. von A. Eulenburg, sowie in den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie, hrsg. von Jacobsohn.

Kapitel II.

Phänomenologie des experimentellen Hypnotismus.

Obwohl die moderne Hypnotherapie, wie wir später sehen werden, jedes Experiment aus der Behandlung der Kranken geflissentlich ausscheidet und nur die heilsamen seelischen Einflüsse zur Anwendung bringt, die durch die Hypnose und Suggestion hervorgerufen werden können, ist es zum Verständnis des wissenschaftlichen Hypnotismus erforderlich, auch diejenigen Erscheinungen kennenzulernen, die experimentell bei hypnotisierten Personen erzielt werden können.

Bei der Schilderung dieser Erscheinungen gehe ich zunächst von dem typischen Bilde einer tiefen, normalen, sogenannten Somnambulhypnose aus. Die Abweichungen von diesem Bilde, wie sie in den oberflächlichen und in den abnormen Hypnosen zum Ausdruck kommen, werden ebenso wie die Grade der Hypnose nebst vielen anderen hierher gehörigen Fragen weiter unten zur Darstellung kommen.

1. Die Motilität.

Die motorische Sphäre einer in tiefer Somnambulhypnose befindlichen Person zeigt eine Beeinflußbarkeit nach zwei Richtungen, insofern als jede willkürliche Muskelbewegung durch eine entsprechende Suggestion hervorgerufen und unterdrückt werden kann. Dabei ist es gleichgültig, in welcher Form die Suggestion gegeben wird, ob sie verbaliter oder aber durch Gesten oder Vormachen der Bewegung seitens des Hypnotiseurs oder endlich durch die Hervorrufung einer Erwartungsvorstellung zur Kenntnis der Versuchsperson gebracht wird.

a) Wenn ich einer tief hypnotisierten Person sage: „Ihre Arme werden steif und unbeweglich", so tritt sofort eine Steifigkeit der Arme ein, gleichviel in welcher noch so unbequemen Lage sich die Arme befinden. Ebenso an den Beinen, an der Kopf- und Rumpfmuskulatur, so daß mit Leichtigkeit der ganze Körper der tief hypnotisierten Person so steif gemacht werden kann, daß man ihn — ein sehr beliebtes, m. E. barbarisches Experiment — mit dem Kopfende auf die Kante eines Stuhles, mit den Hacken auf die Kante eines anderen, in entsprechender Entfernung aufgestellten Stuhles legen kann, so daß der Körper eine lebende Brücke bildet, die selbst einer großen Belastung standhält. Man bezeichnet die durch Suggestion hervorgerufene Steifigkeit der willkürlichen Muskeln einer tief hypnotisierten Versuchsperson als suggestive Katalepsie, im Gegensatze zu der spontanen Katalepsie der Hysterischen, bei denen dieses Phänomen gelegentlich von selbst auftritt und zu den Kontrakturen der Hysterischen führen kann. Die durch Suggestion erzeugte, vorübergehende kataleptische Kontraktur der willkürlichen Muskulatur bei tief Hypnotisierten zeichnet sich ebenfalls durch große Festigkeit aus, so daß sie gewaltsam kaum gelöst werden kann. Dabei sieht man, besonders bei längerem Bestehen des Phänomens, die Atmung der Versuchsperson sich beschleunigen, das Gesicht sich röten, m. a. W. die Zeichen der Anstrengung auftreten. Hat man die sagittal nach vorn erhobenen Arme kataleptisch gemacht und läßt sie lange Zeit in dieser Stellung verharren, so treten unter den Zeichen der allmählich fortschreitenden Ermüdung zuerst kleine Schwankungen, sodann eine zunehmende Senkung der Arme ein. Diese Beobachtung wird uns später zur Grundlage einiger theoretischen Betrachtungen über das Wesen der Erscheinungen dienen.

Einen breiten Raum in der theoretischen Diskussion der hypnotischen Probleme nimmt seit Charcot die Frage ein, ob die in der tiefen Hypnose beobachteten katalepti-

schen Erscheinungen rein suggestiven oder aber somatischen Ursprunges sind. Auf Grund seiner Analyse der von ihm geschilderten verschiedenen Stadien des „grand hypnotisme“ nimmt Charcot an, daß die motorischen Reizerscheinungen bei den Hypnotisierten auch unter Ausschluß jeder Suggestion, durch rein somatische Einwirkungen (mechanische Reizung, Stimmgabel, Elektrizität, Magnetwirkung usw.) zustande kommen können, sei es, daß es sich um eine neuromuskuläre oder um eine kutanomuskuläre Reflexübererregbarkeit in der Hypnose handelt. Zu ähnlichen Ergebnissen sind auf Grund eingehendster Versuche Binet und Féré, Heidenhain u. a., Högyes und Laufenauer (1884), sowie Schaffer (1895) gelangt. Ich glaube, daß alle diese Forscher einer Verwechslung von hypnotischen und hysterischen Erscheinungen anheimgefallen sind — die gesteigerte Reflexerregbarkeit ist ja ein typisches hysterisches Symptom — und daß sich auch bei der sorgfältigsten Durchführung derartiger Versuche vielleicht die Suggestion, niemals aber die Autosuggestion der Versuchspersonen ausschalten läßt.

Die kataleptische Starre der willkürlichen Muskeln kann an einzelnen Gliedern, halbseitig oder doppelseitig, hervorgerufen werden, je nach der gegebenen Suggestion; sie kann auch auf Teile eines Gliedes, z. B. einzelne Finger oder Fingerglieder, beschränkt werden. Stets aber ist sie nur in der Weise realisierbar, daß sämtliche Muskelgruppen, die auch bei der willkürlichen Bewegung des betreffenden Gliedes koordinatorisch zusammenwirken, gleichzeitig in Kontraktur geraten. Eine isolierte Kontraktur einzelner Muskeln, die willkürlich nicht isoliert innerviert werden können, ist auch in der Hypnose nicht hervorzurufen.

Nicht selten sieht man bei tief Hypnotisierten, wenn man ihre Arme passiv erhebt oder ihre Glieder passiv in eine beliebige Stellung bringt, daß die Glieder in dieser Stellung verharren und dabei einen leichten Grad von

Steifigkeit, Rigidität, annehmen. Man hat deshalb von einer Flexibilitas cerea gesprochen, die der Muskulatur der tief Hypnotisierten als charakteristisches Merkmal zukommen soll. Das ist nicht richtig. Schaltet man bei diesem Versuche jede unbewußte Suggestion bzw. Autosuggestion aus, so tritt das Phänomen nicht ein, sondern die Glieder fallen schlaff herab bzw. werden willkürlich wieder in die Ruhelage zurückgebracht, wie das bei wachen Personen auch geschieht. Wir werden dieser Verwechslung spontaner und suggestiver Erscheinungen in der Hypnose noch öfter begegnen.

Zur Aufhebung der suggestiven Katalepsie genügt die Suggestion: „Die Steifigkeit der Muskeln verschwindet“. Ehe diese Suggestion nicht in irgend einer Form erteilt ist — man kann statt dessen auch mesmerische Striche oder ähnliche Maßnahmen anwenden, vorausgesetzt, daß die Versuchsperson weiß oder merkt, welcher Zweck damit erreicht werden soll —, ist die hypnotisierte Person aus eigener Kraftanstrengung nicht in der Lage, die Kontraktur zu beseitigen, auch dann nicht, wenn man sie zu einer solchen Kraftanstrengung ausdrücklich auffordert. Nach Aufhebung der kataleptischen Starre klagen die Versuchspersonen auf Befragen in und nach der Hypnose über Zittern, Schwäche und Ermüdung, häufig auch über Ziehen und Schmerzen in den vorher kataleptisch gemachten Muskeln. Durch zweckentsprechende Desuggestionen vor dem Erwecken aus der Hypnose (siehe später) kann man diese Nachwirkungen leicht beseitigen oder verhüten, wenigstens soweit das subjektive Empfinden der Versuchspersonen in Betracht kommt.

Es erhebt sich die Frage: Wie lange bleibt die Katalepsie der Gliedmaßen bestehen und welche Erscheinungen treten auf, wenn die gegebene Suggestion nicht bald wieder aufgehoben wird? Im Zusammenhang damit steht die Frage der Leistungsfähigkeit der Hypnotisierten, besonders die Frage, ob in der Hypnose wirkliche Mehrleistungen gegenüber dem Wachzustande beobachtet werden.

Die von Liébeault, Weber, Berger, Rieger u. a. in dieser Frage angestellten Versuche ergaben, daß die Leistungsfähigkeit der Kataleptisierten diejenige der Normalen in der Regel übersteigt. Diese Mehrleistung der Kataleptischen wird aber, wie Rieger mit Recht betont, nicht durch eine Steigerung der Muskelkraft an und für sich ermöglicht, sondern durch den Wegfall des subjektiven Ermüdungsgefühls.

Zu einem ähnlichen Ergebnis führten die Versuche, die Muskelkraft der Hypnotisierten an sich, ohne Zuhilfenahme kataleptisierender Maßnahmen, zu messen. Zwar hatte Braid gefunden, daß in der Hypnose eine nicht unerhebliche Kraftsteigerung eintrete. Indessen konnte Beaunis bei zahlreichen exakten Versuchen diese Behauptung nicht bestätigen. Eigene Versuche, die ich im Jahre 1899 anstellte, angeregt durch die Untersuchungen Férés über die Veränderungen der Muskelkraft in der Hypnose infolge Einwirkung verschiedener Sinnesreize, ergaben im wesentlichen folgendes: 1. Die Hypnose als solche bewirkt in allen Stadien eine leichte Herabsetzung der Muskelkraft, die mit der Tiefe der Hypnose zuzunehmen scheint. Diese Herabsetzung läßt sich auch durch begünstigende Suggestionen nicht völlig ausschalten. 2. Reizwirkungen im hypnotischen Zustande lassen keinerlei gesetzmäßige Veränderungen der Muskelkraft erkennen. Eine nennenswerte Kraftsteigerung durch irgend welche Reize läßt sich niemals mit einiger Sicherheit beobachten. Im Gegenteil scheint die Mehrzahl der angewandten Reize unabhängig von ihrer Qualität oder Modalität kraftmindernd zu wirken. Die stärkste Herabsetzung der Muskelkraft zeigt sich bei sehr intensiven, unangenehmen oder schreckhaften Reizen.

b) Eine zweite Erscheinung innerhalb der motorischen Sphäre solcher Personen, die sich in tiefer Somnambulhypnose befinden, ist der sogenannte Automatismus. Das bekannteste Beispiel desselben ist der sogenannte Drehautomatismus, der noch Liébeault so charakteristisch schien, daß er ihn zum Einteilungsprinzip der leichteren

Grade der Hypnose machte und sein drittes Stadium danach benannte. Heute wissen wir, daß auch hier nur eine suggestive, keine spontane Erscheinung der Hypnose vorliegt. Das Experiment selbst besteht darin, daß, wenn man einer tief hypnotisierten Person die Hände umeinander dreht und in ihr — sei es explizite, sei es implizite — die Vorstellung erweckt, daß sie diese Bewegung unaufhaltsam weiter ausführen müsse, tatsächlich eine Fortsetzung der Rotationsbewegung eintritt, bis eine hemmende Suggestion der Erscheinung ein Ziel setzt. Dabei kann es vorkommen, daß die hypnotisierte Versuchsperson über das Zwangsmäßige und Unsinnige dieser Bewegung bittere Tränen vergießt, ohne daß sie selbst aus eigener Machtvollkommenheit imstande ist, der Erscheinung Einhalt zu tun. Die Widerstandskraft, die sie hierbei äußert, manifestiert sich höchstens in kleinen Pausen und in einer Verzögerung, sowie in ruckweiser Ausführung der trotz alledem fortgesetzten Bewegung. Die Richtung der Drehbewegung kann in jedem Augenblicke durch den Hypnotiseur beliebig geändert werden.

Aber nicht nur einfache, sondern ebensogut auch die kompliziertesten Bewegungen können in dieser Weise zum Automatismus ausgestaltet werden. Befiehlt man der hypnotisierten Person, unaufhörlich zu sprechen, zu singen, zu gehen, zu gähnen, zu lachen oder zu tanzen, so werden alle diese Suggestionen automatisch realisiert, bis eine entsprechende Desuggestion erfolgt. Je nachdem dieser Automatismus auf Grund eines Befehls oder infolge von Nachahmung der vom Hypnotiseur vorgemachten Bewegungen eintritt, spricht man von einer Befehls- oder Nachahmungsautomatie, ohne daß das Wesen der Erscheinungen dadurch eine Änderung erführe. Es ist bemerkenswert zu beobachten, bis zu welchem Grade sich diese automatischen Erscheinungen realisieren; wie jedes mechanische Hindernis, das den Versuchspersonen bei der Ausführung der Suggestion etwa in den Weg tritt, gänzlich unbeachtet bleibt. Eine tief hypnotisierte

Person, der man die Suggestion gibt, mit geschlossenen Augen in einem Zimmer umherzutanzen, das mit Stühlen, Tischen, Fußkissen und anderen Gegenständen angefüllt ist, führt diese Suggestion aus, ungeachtet der Schläge und Beulen, die sie sich durch Anstoßen an den harten Gegenständen des Raumes zuzieht; über kleinere, im Wege liegende Hindernisse stolpert sie und fällt, ohne sich irgendwie vor den Verletzungen in acht zu nehmen, die sie sich beim Fallen zufügen könnte. Wer das einmal mit angesehen hat, wird nicht leicht geneigt sein, in einem solchen Falle den beliebten Einwand der Simulation zu erheben.

c) Neben den geschilderten exzitomotorischen Erscheinungen, die in der tiefen Somnambulhypnose leicht zu erzielen sind, können motorische Ausfallserscheinungen jeder Art in diesem Zustande herbeigeführt werden. Jede willkürliche Muskelaktion, sei es an welchem Körperteile der Versuchsperson es immer sein mag, kann durch Suggestion aufgehoben und gelähmt werden. Die Form dieser Lähmung ist entweder spastisch oder schlaff, je nach der Art der erteilten Suggestion, oder genauer, je nach der subjektiven Auffassung, die die Versuchsperson mit der Suggestion des Hypnotiseurs verbindet. In der Regel scheint sich nach meinen Beobachtungen, wenn die erteilte Suggestion die Wahl frei läßt, eine spastische Lähmung zu realisieren.

Der Eintritt der Lähmung kann in jeder Phase einer bereits in Ausführung begriffenen Bewegung suggeriert werden, so daß die Versuchsperson nicht imstande ist, einen in der Hand gehaltenen Gegenstand bis an den Mund zu bringen, oder die dem Kopfe anliegende Hand von demselben zu entfernen oder dgl. mehr. Das beliebteste Experiment dieser Art ist die Suggestion, daß die hypnotisierte Person nicht imstande sei, die geschlossenen Augen von selbst wieder zu öffnen. Man sieht hierbei, wie der M. frontalis und corrugator supercilii stark innerviert werden, ohne daß es zu einer Hebung der Augenlider

kommt, da der M. levator palpebrae superioris untätig bleibt. Ebenso kann man der Versuchsperson mit Erfolg suggerieren, daß sie den geschlossenen Mund nicht mehr öffnen oder den geöffneten Mund nicht mehr schließen könne. Eine geeignete Technik des Suggerierens vorausgesetzt, läßt sich dieser Versuch, wobei die hypnotisierte Person den weit geöffneten Mund nicht mehr von selbst schließen kann, sehr wohl verwenden, um zahnärztliche Operationen im Munde auszuführen, ohne den geringsten Widerstand des Patienten zu finden.

Auch die Sprechbewegungen lassen sich in der tiefen Hypnose ganz oder teilweise aufheben, so daß die Versuchsperson aphasisch erscheint oder aber nur bestimmte Buchstaben, Zahlen oder Worte, z. B. ihren eigenen Namen oder dgl., nicht mehr auszusprechen vermag. Binet und Féré bezeichnen derartige Lähmungen spezieller Zweckbewegungen oder -handlungen als systematisierte Lähmungen und glauben, daß sie in einer Störung der motorischen Koordination bestehen, die durch eine Lähmung des motorischen Rindenzentrums ausgelöst sind. Ich nehme mit Preyer an, daß es sich hierbei um die Wirkung von Hemmungsvorstellungen handelt.

2. Die Sensibilität.

Wie die motorischen, so lassen sich auch die sensiblen und sensorischen Funktionen in der tiefen Hypnose durch geeignete Suggestionen nach Belieben steigern, vermindern oder aufheben. Spontan treten solche Veränderungen jedoch auch in der tiefsten Somnambulhypnose nicht ein, falls man alle dahin abzielenden, möglicherweise suggestiv wirkenden Maßnahmen sorgfältig vermeidet. Es handelt sich demnach auch hier um suggestive oder autosuggestive Phänomene, im Gegensatze zu Charcot und vielen anderen Forschern, die in der Verminderung der kutanen Empfindlichkeit ein spontanes Charakteristikum der Somnambulhypnose erblickten. Die eventuell schon vor der Hypnose bestehenden sensibel-sensorischen Veränderungen,

die am Nervensystem der Hysterischen als sogenannte Stigmata in der Mehrzahl der Fälle nachgewiesen werden können, bleiben selbstverständlich auch innerhalb der Hypnose bestehen, vorausgesetzt, daß man sie nicht durch suggestive Einflüsse beseitigt.

Die Berührungs-, Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit der Haut läßt sich durch geeignete Suggestionen einerseits bis zur Hyperästhesie steigern, andererseits bis zur Hypästhesie und Anästhesie vermindern. Die suggestiv erzeugte Analgesie in der normalen Somnambulhypnose ist eine so tiefe, daß tatsächlich jeder noch so intensive Schmerz, den man auf irgend einem Wege erzeugt, der Apperzeption entgeht, ja, daß sogar die unwillkürlichen Abwehrbewegungen und Zuckungen, die im Wachleben bei der Erzeugung intensiver Schmerzreize beobachtet werden, völlig fortfallen. Es kann daher in diesem Zustande jede schmerzhafte Operation vorgenommen werden, ohne Zuhilfenahme irgend eines anderen Anästhetikums. Ganz einfach ist dies freilich nicht, denn die bloße suggestive Versicherung, daß die Versuchsperson bei der Operation keinen Schmerz verspüren werde, reicht in der Regel nicht hin, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Vielmehr bedarf es einer sorgfältigen, kunstvollen Redaktion der Suggestionen und einer längeren, energischen Beeinflussung, bevor die erforderliche Tiefe der Analgesie zustande kommt. Welche Grundsätze man bei dieser Technik des Suggerierens beobachten muß, um einen vollen Erfolg zu erzielen, wird uns später beschäftigen. Hier genüge die Andeutung, daß man den Patienten dazu suggestiv vorbereiten, sein Gefühlsleben beeinflussen und ihm ablenkende Illusionen und Halluzinationen mannigfacher Art beibringen muß, um jede Störung und jeden Widerstand auszuschalten.

Zum Beweise dafür, daß spontan die Tastempfindlichkeit der hypnotisierten Personen keine Veränderung erleidet, wenn man von allen diesbezüglichen Suggestionen absieht, diene unter anderem die Tatsache, daß die Ver-

suchsperson auch in der tiefsten Hypnose jeden Gegenstand, den man ihr in die Hand gibt, durch Betasten richtig erkennt und benennt, wenn man sie dazu auffordert, genau wie dies ein Wacher mit geschlossenen Augen zu tun vermag.

Der Charakter der suggestiv erzeugten Anästhesie und Analgesie ist ein ausgesprochen psychischer, wie man daraus ersieht, daß die Hautreflexe, die im Wachleben zustande kommen, in der tiefen Hypnose in der gleichen Weise hervorgerufen werden können, auch wenn man den betreffenden Hautabschnitt vorher suggestiv jeder Empfindung beraubt hat.

Wie der Hautsinn in seinen verschiedenen Empfindungsqualitäten, so kann auch jedes andere Sinnesorgan in der tiefen Hypnose bis zur Aufhebung seiner Funktion beeinflußt werden. Wir können den Geruch der Versuchspersonen aufheben, so daß sie außerstande sind, Schwefelwasserstoff von Eau de Cologne zu unterscheiden; wir können den Geschmackssinn suggestiv unterdrücken, so daß die Qualitäten süß, sauer, salzig und bitter nicht mehr differenziert werden können. Dabei ist auch hier hervorzuheben, daß diese Vernichtung der betreffenden Sinnesempfindungen bei geeigneter Suggestivtechnik so weit geht, daß jedes Zeichen des Widerstandes, jede Reaktion des Ekels und Abscheus absolut ausbleibt, auch wenn man den Versuchspersonen faulige, intensiv widrige oder ekelerregende Flüssigkeiten zu riechen oder zu schmecken gibt.

Durch Absuggerieren der Hörfähigkeit können die Versuchspersonen taub gemacht werden. Die suggestiv erzeugte Taubheit wird durch die stärksten Reize nicht zur Aufhebung gebracht; auch zeigen die Hypnotisierten in diesem Zustande weder ein Erschrecken noch Zusammenfahren, wenn man ganz plötzlich und unvermutet stärkere Geräusche in ihrer unmittelbaren Nähe erzeugt. Dagegen ergibt sich die Übereinstimmung der suggestiven mit der hysterischen Taubheit daraus, daß die lautesten

Gehörsreize, auch wenn sie vom Hypnotiseur ausgehen, nicht apperzipiert werden, während die verbale Aufhebung der suggestiven Taubheit, unter geeigneten Versuchsbedingungen selbst durch einen Unbeteiligten, jederzeit leicht gelingt.

Ähnliches wird bei der suggestiv erzeugten Blindheit beobachtet, nur daß hier die Verhältnisse insofern abweichend liegen, als auch spontan eine Veränderung in der Funktion des Auges bei tiefer Hypnose einzutreten scheint. Befiehlt man nämlich den Versuchspersonen, mit geöffneten Augen weiterzuschlafen, was ohne weiteres gelingt, so sieht man, daß die Hypnotisierten die Augen nur halb öffnen, daß die Augen matt und verschleiert aussehen und mehr oder weniger unbeweglich vor sich hinstarren. Fordert man dann die Personen auf, im Zimmer umherzugehen, verschiedene Gegenstände, die man ihnen nennt, in die Hand zu nehmen oder zu schreiben, so hat man den Eindruck, daß die Sehschärfe der Hypnotisierten vermindert oder die Deutlichkeit ihrer Netzhautbilder beeinträchtigt sein muß, da sie trotz geöffneter Augen sich unsicher und tastend bewegen, im Zimmer anstoßen und die bezeichneten Gegenstände nur mühsam herauserkennen. Dabei erscheinen die Pupillen weiter als im Wachzustande und reagieren in normaler Weise auf Lichteinfall, dagegen in geringerem Maße auf Akkomodation. Aus dieser leichten Akkomodationsparese, die schon von Braid als Zeichen einer echten Hypnose beschrieben wurde, erklärt sich offenbar das undeutliche Sehen und Lesen der Somnambulhypnotisierten.

Suggeriert man den Versuchspersonen eine völlige Unempfindlichkeit der Netzhaut, so tritt eine suggestive Blindheit ein, die mit der hysterischen Blindheit identisch erscheint. Das ophthalmoskopische Bild zeigt hierbei keinerlei Veränderung der Netzhaut in bezug auf die Lebhaftigkeit der Färbung und die Weite der Gefäße. Ebenso wie der Lichtsinn läßt sich auch der Farbensinn in der tiefen Hypnose aufheben; die suggestive Farben-

blindheit entspricht nach Preyer und Berger in jedem Betracht der hysterischen Farbenblindheit.

Erwähnenswert ist das Verhalten der Augenreflexe in der Hypnose. Auch in diesem Punkte tritt spontan keine Veränderung durch die Hypnose als solche ein. Suggestiv kann sehr leicht eine weitgehende Unempfindlichkeit der Bindehäute und der Hornhaut erzielt werden. Aber die Berührungsreflexe werden durch die noch so energisch suggerierte Anästhesie objektiv nicht aufgehoben, obwohl die Versuchsperson auf Befragen angibt, daß keinerlei Bewegung an ihrem Auge eingetreten sei. Mit Simulation hat dieser Tatbestand nichts zu tun. Er beweist vielmehr, daß die suggerierte Unempfindlichkeit sich lediglich psychisch realisiert, und daß zugleich mit dieser Realisation eine halluzinatorische Aussagefälschung der Versuchsperson stattfindet.

Von vielen Autoren ist in kritikloser Weise eine Mehrleistung der Sinnesschärfe der verschiedenen Sinnesorgane in der Hypnose angenommen werden, sei es spontan, sei es als Ergebnis einer dahinzielenden Suggestion. Insbesondere zur Erklärung einzelner mystischen Erscheinungen, wie des Gedankenlesens, des Hellsehens und der Gedankenübertragung hat man eine derartige Hypothese für notwendig gehalten. Bei zahlreichen darauf gerichteten Untersuchungen habe ich nie einen Beweis für eine echte Steigerung der Sinnesleistungen der Hypnotisierten finden können.

Daß sämtliche suggestiven Veränderungen der Sinnesfunktionen auch einseitig hervorgerufen und durch suggestive oder pseudosuggestive Beeinflussung dann von der einen auf die andere Seite „transferiert“ werden können, hat früher, insbesondere bei den Anhängern der Pariser Schule, ohne ersichtlichen Grund großes Aufsehen erregt.

3. Die psychischen Funktionen.

Sämtliche psychischen Funktionen der in tiefer Somnambulhypnose befindlichen Personen lassen eine weitgehende Beeinflussung zu

Von spontanen Veränderungen psychischer Vorgänge in der Hypnose sind nur drei namhaft zu machen: 1. eine gewisse elektive Veränderung der Aufmerksamkeit in der Hypnose; 2. eine Herabsetzung der spontanen Aktivität in der Hypnose; 3. eine mehr oder minder große Herabsetzung des Gedächtnisses nach der Hypnose. Nicht verändert ist in der normalen Hypnose das Bewußtsein und das Selbstbewußtsein, wie von vielen Forschern und den meisten Laien angenommen wird.

Die spontane Veränderung der Aufmerksamkeit in der Hypnose zeigt sich darin, daß der Hypnotisierte im allgemeinen unberührt bleibt von den Eindrücken, die aus seiner Umgebung auf ihn einwirken, während er den Worten und Handlungen des Hypnotiseurs eher eine verstärkte Aufmerksamkeit widmet. Suggestiv läßt sich dagegen auch die Aufmerksamkeit auf jeden anderen, nicht vom Hypnotiseur ausgehenden Reiz leicht in verstärktem Maße konzentrieren, schon aus dem einfachen Grunde, weil man alle Störungen und Ablenkungen der Aufmerksamkeit, denen wir während des Wachseins unterliegen, ohne Mühe absuggerieren kann.

Die spontane Aktivität ist in der normalen Somnambulhypnose aufgehoben, gerade wie im tiefen Schlafe; es können aber durch Suggestion jederzeit Willenshandlungen aller Art ausgelöst werden. Reaktionsversuche in der tiefen Hypnose ergeben, wie ich und andere Autoren mehrfach festgestellt haben, in der Regel kürzere Reaktionszeiten als im Wachzustande bei den gleichen Versuchspersonen.

Über die Veränderungen des Gedächtnisses nach der Hypnose siehe Abschnitt 6, S. 45ff.

Die bemerkenswertesten psychischen Veränderungen, die in der tiefen Somnambulhypnose durch das Eingreifen der Suggestion herbeigeführt werden können, sind sicherlich die Umwandlungen der Sinneswahrnehmungen und Vorstellungen in I l l u s i o n e n und H a l l u z i n a t i o n e n. Diese Phänomene sind es ja, die den hypnotischen Vor-

gängen jene mysteriöse Gloriole verschafft haben, die noch heute viele Wundergläubigen veranlaßt, sich mit der Hypnose zu befassen, andererseits aber viele nüchterne Naturforscher abhält, dem Studium dieser Dinge näherzutreten. Es handelt sich in Wahrheit um ebenso unbestreitbare wie schwer zu deutende Tatsachen.

Unter einer Illusion versteht man bekanntlich nach Esquirol die falsche Auslegung einer sinnlichen Wahrnehmung, unter einer Halluzination das Auftreten einer subjektiven Wahrnehmung ohne Vorhandensein eines äußeren Reizes.

Spontan treten irgend welche Sinnestäuschungen in der normalen Somnambulhypnose nicht auf. Wenn man die in der Hypnose befindlichen Versuchspersonen ausfragt, wo sie sich befinden, welche Zeit es sei, wie ihre Umgebung beschaffen sei und dgl. mehr, so geben sie vollkommen sachgemäße Antworten, solange eine direkte oder indirekte suggestive Beeinflussung in dieser Hinsicht nicht stattgefunden hat. Sie erkennen auch, wie wir bereits gesehen haben, jeden Gegenstand, den man ihnen in die Hand gibt und, wenn man sie die Augen hat öffnen lassen, jeden Eindruck, der sich ihren Sinnen darbietet.

Dagegen genügt eine einfache Suggestion, um das seelische Verhalten der Hypnotisierten von Grund auf umzuändern. Der Hypnotiseur behauptet, ein vorgehaltener Spiegel sei eine Uhr: und sie beschreiben auf Befragen diese illusionäre Uhr bis in die kleinsten Details und lesen an ihr die Zeit nach Stunden, Minuten und Sekunden ab. Oder der Hypnotiseur gibt der Versuchsperson ein Wasserglas in die Hand und behauptet, es sei eine Rose: so riecht die Versuchsperson an der angeblichen Rose, schildert auf Verlangen deren Farbe und Größe und zählt die Blätter, die an ihrem Stiel vorhanden sind. Ja, sie zögert keinen Moment, sich die suggestive Rose in ihrem Haar oder an ihrem Kleid als Schmuck zu befestigen, und sie trennt sich von der vermeintlichen Zierde selbst nach der Hyp-

nose nicht, vorausgesetzt, daß man die Illusion nicht vorher aufgehoben hat. Von den posthypnotischen Erscheinungen soll im übrigen unten weiter die Rede sein.

Unzählig sind die Experimente, die phantasiebegabte Experimentatoren auf Grund solcher Sinnestäuschungen oder induzierten Wahnvorstellungen (Preyer) an Somnambulhypnotischen ausgeführt und beschrieben haben. Gibt es doch, eine geeignete Technik des Suggerierens vorausgesetzt, keinerlei Grenzen für die Einführung der unmöglichsten und unsinnigsten Illusionen und Halluzinationen in das Geistesleben der Hypnotisierten. Was die kühnste Dialektik der Sophisten nimmermehr erreichen kann, der Hypnotisierte bewältigt es spielend: was grün ist, erscheint ihm auf Befehl rot, was kalt ist, heiß, was süß ist, bitter usf. Er setzt sich rittlings auf einen Stuhl, um auf ihm als einem Pferde zu reiten; er läuft auf allen Vieren im Zimmer umher und bellt wie ein junger Hund; er flieht mit allen Zeichen des Schreckens, wenn ihm die Halluzination einer Schlange, eines Bären oder eines anderen Raubtieres suggeriert wird. Er steckt einen Aschbecher als Zigarette in den Mund, zündet die vermeintliche Zigarette mit einem dickleibigen Adreßbuch als Streichholz an und raucht mit sichtlichem Behagen, indem er die Asche säuberlich abstreicht, bis wir die Illusion wieder aufheben.

Aber auch jeder Gegenstand, der tatsächlich vorhanden ist, kann dem Hypnotisierten durch eine entsprechende negative Halluzination zum Verschwinden gebracht werden. Wir können ihm seine Zähne, seine Ohren, seine Hände, seinen Kopf absuggerieren; wir können die im Zimmer etwa anwesenden Zuschauer für ihn unsichtbar machen, und er wird mit geöffneten Augen gegen sie anrennen, als wenn sie Luft wären. Wir sind imstande, ihn singen und springen, schwimmen und Kopf stehen zu lassen, wie eine Marionette. Er läßt sich durch unsere Suggestion in jede andere Persönlichkeit umwandeln. Er wird auf Befehl zur Amme, die ein Taschenmesser als

zappelndes Kind zur Ruhe wiegt und ihm die Brust reicht; er wird zum Landschulmeister, der eine vor ihm sitzende Klasse von Knaben mit Scheltworten und Schlägen regaliert, weil sie sich respektwidrig erwiesen haben; er steigt auf den Stuhl als auf eine Kanzel, um in andächtiger Rede seine gottesfürchtigen Zuhörer zu erbauen. In ein sechsjähriges Schulkind verwandelt, schreibt er in unbeholfenen, großen Zügen und mit orthographischen Fehlern; als zwölfjähriges Kind schreibt er einen Schulaufsatz, der ganz in kindlicher Auffassung und in schülerhaftem Stile gehalten ist; als achtzehnjähriger junger Mann bezieht er die Universität und schreibt mit studentischem Schneid eine geläufige, energische Handschrift usf. in infinitum.

Die begleitenden Umstände, unter denen solche Suggestionen realisiert werden, machen keineswegs den Eindruck der Simulation. Die Angst, die die Versuchsperson empfindet, wenn ein halluzinierter Bär auf sie zukommt, ist so echt, daß die Versuchsperson zittert und schreit, heftig atmet und einen erheblich beschleunigten Puls darbietet. Die suggestiv vorgehaltene Zwiebel entlockt ihren Augen wirkliche Tränen. Wenn man sie auffordert, das Taschenmesser als vermeintliches Baby an die Wand zu schmettern, um ihm für seine Unruhe den Schädel einzuschlagen, so weint und tobt sie gegen die Ausführung dieses Befehles und kämpft wie eine Löwenmutter um ihr Junges, wenn man ihr das „Baby“ mit Gewalt entreißen will. Am besten erkennt man die Ernsthaftigkeit der suggerierten Täuschungen, wenn man Suggestionen gibt, die das Schamgefühl der Versuchspersonen verletzen oder einen Verstoß gegen die Moral oder die Strafgesetze involvieren. Auch hier tritt, wenn man energisch und technisch richtig suggeriert, die Realisation der Erscheinungen ein. Der Hypnotisierte uriniert auf Verlangen in Gegenwart anderer, beichtet die intimsten Geheimnisse seines Geschlechtslebens und führt jede in richtiger Weise suggerierte Strafhandlung aus. Die Frage der

kriminellen Suggestionen wird uns übrigens an einer anderen Stelle noch ausführlicher beschäftigen.

Über die Art und Weise, wie derartige Suggestionen realisiert werden, muß noch einiges hinzugefügt werden. 1. Von irgend einer Dressur kann gar keine Rede sein. In der ersten Somnambulhypnose, die an einer geeigneten Versuchsperson eingeleitet wird, lassen sich genau die gleichen Suggestionen fast genau in der gleichen Weise realisieren, wie etwa in der hundertsten Hypnose derselben Person. 2. Die Versuchsperson ergänzt aus eigener Phantasie die Suggestionen, die man in ihr angeregt hat. Sie realisiert nicht nur das vorgeschriebene Gesamtbild, sondern sie vervollkommnet es in allen seinen einzelnen Teilen aus eigener Phantasietätigkeit. Sagt man ihr: „Sie sind jetzt ein Hund“, so bleibt sie im allgemeinen nicht passiv auf dem Sessel sitzen, sondern sie läßt sich aus freien Stücken auf die vier Extremitäten nieder, springt umher und bellt. Verwandelt man sie in einen Schulmeister ohne jede weitere Angabe, so geht sie z. B. in energischer Haltung im Zimmer auf und ab, ermahnt eine aus eigener Phantasie geschaffene Klasse von Schulkindern zur Aufmerksamkeit und Ruhe und greift irgend einen, sagen wir „Anton“ von ihr gerufenen, Knaben heraus, um ihm einen Katzenkopf zu verabreichen und ihm eine Strafpredigt zu halten usf. Diese Ergänzungen erfolgen, wie sich von selbst versteht, durchweg im Sinne der Erwartungen des Hypnotiseurs, eine Tendenz, die allen Somnambulhypnotisierten eigentümlich ist und die nicht mit einer absichtlichen Simulation verwechselt werden darf. Sie ist, im Grunde genommen, nichts anderes als eine erweiterte Form der Ausführung der gegebenen Suggestionen. 3. Diese ergänzende Tätigkeit der Versuchspersonen bei der Realisation der Suggestionen hängt abgesehen von der geschickten Abfassung, der Anschaulichkeit und Dringlichkeit der Suggestionen, im wesentlichen von dem Reichtum der Phantasie und der schauspielerischen Begabung der Hypnotisierten ab. Je leb-

hafter die Phantasie, desto deutlicher die Vorstellungen und Bilder, die durch die Suggestionen hervorgerufen werden; je größer die darstellerische Fähigkeit und Geistesgegenwart, desto leichter findet sich die Versuchsperson in die aufoktroyierte Rolle und desto lebendiger und reicher gestaltet sie deren Wiedergabe. Ist die Versuchsperson den Anforderungen in bezug auf eine selbständige Ergänzung der suggerierten Bilder aus eigenen Mitteln nicht gewachsen, so realisiert sie deren nur so viel und so unbeholfen, wie es ihren Fähigkeiten entspricht. Es versteht sich von selbst, daß durch häufiges Experimentieren mit derselben Person in dieser Beziehung eine gewisse Entwicklung ihrer Fähigkeiten eintritt; aber diese Entwicklung ist nur eine quantitative und bei weitem nicht so bedeutend, wie man im allgemeinen glaubt. 4. Verlangt man etwas Unmögliches von der Hypnotisierten, so bleibt sie passiv, erklärt auf Befragen die Unmöglichkeit der Ausführung oder behilft sich mit irgend einem mehr oder weniger passenden Surrogat für die gegebene Suggestion. Gibt man z. B. der hypnotisierten Person den Auftrag, ein Lied zu singen, das sie nicht kennt, so bringt sie wohl einige Töne heraus, um dann zu verstummen und auf die Frage, warum sie nicht singe, zu antworten: „Das kenne ich nicht." Wesentliche Steigerungen der Intelligenzleistungen in der Hypnose, wie sie von verschiedenen Autoren behauptet worden sind, habe ich bei meinen Versuchen nie feststellen können, abgesehen von der bekannten Neigung vieler Hysterischen, im Wachzustande Fähigkeiten abzuleugnen, um sie in einem veränderten Bewußtseinszustande desto wirkungsvoller zur Geltung zu bringen (vgl. die Schlaftänzerinnen, Schlafmalerinnen, Schlafdichterinnen usf.). 5. Endlich stelle man sich nicht vor, daß die hypnotisierte Versuchsperson die gegebenen Suggestionen etwa wie ein schauspielerischer Automat realisiere. Vielmehr treten dabei starke, individuelle Affektreaktionen auf, die den Beweis liefern, daß die gegebene Suggestion nicht nur in das

Apperzeptionszentrum der Versuchsperson eintritt, um dort rein geistige Veränderungen zu bewirken, sondern daß die Hypnotisierte tatsächlich mit ihrem ganzen Seelenleben an der Ausführung der experimentellen Suggestionen beteiligt ist. Diese Tatsache findet ihren Ausdruck in dem Mienenspiel und in dem gesamten Verhalten der Hypnotisierten. Wir sahen bereits oben, daß bei schreckhaften Halluzinationen eine starke ängstliche Erregung bei den Hypnotisierten eintritt, die die höchstmöglichen Grade erreichen kann. Wir finden ferner, daß die Versuchspersonen sich sträuben, unmoralische und kriminelle Suggestionen auszuführen, daß sie bitterlich weinen und flehen, von der Ausführung solcher Aufträge befreit zu werden. Wir erleben endlich, daß über den suggerierten Verlust eines Fingers oder Ohres in der Hypnose heftige Erregungen und Lamentationen eintreten, wie sie im Wachleben echter nicht beobachtet werden können. Freilich, die Suggestion vermag auch diese Gefühlsreaktionen abzustellen: einige beruhigende Versicherungen, einige geeignete Befehle: und die heiterste Gemütsruhe folgt unmittelbar der stürmischen Erregung. Diese Beobachtung führt uns zur Besprechung der suggestiven Beeinflussung des Gefühlslebens der Hypnotisierten.

4. Das Gefühlsleben.

Man muß sich durch den Augenschein davon überzeugt haben, um nicht ungläubig der Tatsache gegenüberzustehen, wie leicht und wie tiefgreifend das Gefühlsleben der Hypnotisierten durch zweckentsprechende Suggestionen beeinflußt werden kann. Spontane Veränderungen des Gefühls oder der Stimmung kommen auch in der tiefsten Hypnose nicht vor. Vielmehr verharren die Hypnotisierten innerhalb der Hypnose spontan in der gleichen wie immer gefärbten Gemütslage, in der sie unmittelbar vor der Hypnose befangen waren. Dagegen läßt sich suggestiv jede Änderung der Gesamtstimmung und jeder einzelne Affekt fast momentan hervorrufen. Sagt man

der Versuchsperson: „Sie haben soeben eine traurige Nachricht bekommen, daß ein lieber Verwandter von Ihnen plötzlich gestorben ist“, so sehen wir alsbald die Gesichtszüge der Hypnotisierten sich verziehen; die Stirne kraust sich, die Mundwinkel sinken herab, die Augen füllen sich mit Wasser und es beginnt ein herzzerreißendes Schluchzen. Suggeriert man unmittelbar darauf: „Die Nachricht war irrtümlich. Sie befinden sich im Varieté und freuen sich an den Witzen und Possenkunststücken, die auf der Bühne produziert werden“, so tritt sofort ein heiterer Gesichtsausdruck an Stelle des traurigen und ein herzliches Gelächter bekräftigt den Eintritt der suggerierten Gemütsstimmung. Zorn und Ärger, Furcht und Verzweiflung, Hoffnung, Freude und Begeisterung, Haß, Schadenfreude und Verachtung lassen sich bunt durcheinander so plastisch zum Ausdruck bringen, daß der gewiegteste Schauspieler daran studieren könnte. Selbstverständlich halten sich auch diese Erscheinungen im Rahmen des individuellen Charakters und der individuellen Ausdrucksfähigkeit der Versuchsperson.

Zur Hervorrufung der verschiedenen Gemütsbewegungen und Ausdrucksformen bedarf es aber nicht einmal des ausdrücklichen Befehles oder überhaupt des gesprochenen Wortes. Es genügt, die mimische Muskulatur der hypnotisierten Person passiv in die Stellung zu bringen, die der gewünschten Ausdrucksbewegung und Stimmungslage entspricht. Darauf hat schon Braid hingewiesen. Binet und Féré, Charcot, Richer u. a. haben die Beeinflussung der Gemütslage durch mechanische Veränderungen der Physiognomie experimentell studiert.

Es liegt nahe, auf die therapeutische Bedeutung einer derartigen suggestiven Beeinflussung des Gemütslebens hinzuweisen. Man kann vielleicht alles andere bezweifeln: aber daß eine solche Umwandlung der Gefühls- und Stimmungslage der Patienten, wie ich sie an der Hand der Tatsachen geschildert habe, unter allen Umständen eine wertvolle therapeutische Leistung darstellt, kann

nicht gut einem ernsthaften Zweifel unterliegen, zumal diese Beeinflussungen, wie wir sehen werden, nicht etwa auf die Hypnose beschränkt sind, sondern auch nach derselben mehr oder minder lange Zeit fortdauern.

5. Die Urteilskraft und die Aussagen der Hypnotisierten.

Von großer forensischer Bedeutung ist die Frage, inwieweit man den Aussagen hypnotisierter Personen Glauben schenken darf. Ist die normale Urteilskraft in der tiefen Hypnose völlig und dauernd aufgehoben oder nicht? Besteht in der Somnambulhypnose eine Tendenz zum Lügen, zum Verschleiern oder Verbergen von Erinnerungstatsachen oder nicht?

Diese Fragen werden in der Literatur des Hypnotismus so widersprechend beantwortet, daß ich mich auch hier darauf beschränken muß, meine eigenen Erfahrungen wiederzugeben. Nach meinen Untersuchungen liegt der Tatbestand folgendermaßen: In der normalen Somnambulhypnose besteht keine spontane Veränderung des Urteils und keine Tendenz zum Lügen oder zum Verschleiern der Wahrheit, sofern man es versteht, jede störende suggestive Beeinflussung der Versuchsperson fernzuhalten. Gibt man einer hypnotisierten Person den Befehl, über irgend ein Erlebnis die reine Wahrheit auszusagen und nichts hinzuzusetzen oder zu verschweigen, so kann man sich nach meiner Erfahrung auf die wortgetreue Realisation dieser Aufforderung unbedingt verlassen. Dagegen entsteht eine völlig verzerrte und phantastische, den tatsächlichen Vorgängen gänzlich widersprechende Aussage, sobald man Suggestivfragen stellt oder — absichtlich oder unabsichtlich — suggestive Erinnerungsfälschungen und Halluzinationen hervorruft. Auf die Frage: „Wo waren Sie gestern abend?“ wird die Somnambulhypnotische stets eine wahrseitsgetreue Antwort geben. Auf die Frage: „Waren Sie nicht gestern abend bei X?“ wird sie dagegen ohne Zögern und aus voller Überzeugung: „Ja“ ant-

worten, sobald sie glaubt, daß diese Antwort von ihr erwartet wird. Und sie wird alsbald aus freien Stücken hinzufügen: „Es war sehr lustig dort, wir haben gesungen und getanzt" usf. In der abnormen Somnambulhypnose werden wir diese Sachlage durchaus anders finden.

Ein Beispiel dafür, wie leicht halluzinatorische Aussagefälschungen durch unabsichtliche suggestive Bemerkungen und Beeinflussungen des Hypnotiseurs zustande kommen, führt Braid an. Nach ihm gelingt es, durch eine bloße Änderung der Stimme den Inhalt der Halluzinationen in der Hypnose zu modifizieren. Es erhellt daraus, mit welcher Vorsicht die Versuche an hypnotisierten Personen angestellt und verwertet werden müssen, wenn sie den Anspruch erheben, wissenschaftlich beweiskräftig zu sein.

6. Das Gedächtnis des Hypnotisierten.

Die Veränderungen, die das Gedächtnis des Hypnotisierten spontan und suggestiv zu erleiden vermag, sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen und Diskussionen gewesen. Meine eigene Erfahrung hat mich hierüber folgendes gelehrt: Nach einer tiefen Somnambulhypnose zeigt sich, auch wenn man jede suggestive Beeinflussung des Gedächtnisses sorgfältig vermeidet, stets eine gewisse Beeinträchtigung des Gedächtnisses für die Vorgänge innerhalb der Hypnose. Unmittelbar nach der Aufhebung der Hypnose wissen die Versuchspersonen spontan nur mühsam, und nur wenn man sie durch Fragen und Andeutungen unterstützt, über die Erlebnisse innerhalb der Hypnose Auskunft zu geben. Überläßt man die Versuchspersonen dann sich selbst, so findet sich allmählich im Laufe mehrerer Tage ein Erinnerungsglied zu dem anderen, bis endlich die Vorgänge in ihrer Gesamtheit ziemlich lückenlos wieder erinnert werden. Sehr häufig wird dieser Prozeß der allmählichen Wiederbesinnung beschleunigt durch Träume, die während des nächtlichen Schlafes der Versuchspersonen auftreten, und in denen ein

Teil oder die gesamten Erlebnisse der vergangenen Hypnose zurückgegeben werden.

Dieser spontane Prozeß erleidet eine Veränderung, sobald die Suggestion irgendwie eingreift. Es gelingt bei geeignetem Vorgehen stets, die Erinnerung an die hypnotischen Vorgänge so vollständig auszulöschen, daß nach der Hypnose eine totale und andauernde Amnesie für diese Vorgänge eintritt. Diese suggestiv hervorgerufene Amnesie kann von der Versuchsperson selbst in keiner Weise zum Verschwinden gebracht werden. Dagegen gelingt es dem Hypnotiseur wohl, durch Einleitung einer neuen Hypnose die Amnesie zu beseitigen, auch wenn diese von einem anderen Hypnotiseur suggeriert worden war. Doch soll ausdrücklich noch einmal an dieser Stelle hervorgehoben werden, daß die hier gegebene Schilderung, ebenso wie die voraufgehenden Schilderungen, sich nur auf den Fall einer tiefen, normalen Somnambulhypnose beziehen; in oberflächlichen und abnormen Hypnosen liegen die Verhältnisse vollständig anders.

Von noch größerer praktischer Bedeutung als die Frage der Erinnerungsfähigkeit nach der Hypnose ist die Frage nach dem Verhalten des Gedächtnisses innerhalb der Hypnose, insbesondere in bezug auf die Möglichkeit einer Mehrleistung gegenüber dem Wachzustande. Schon Braid gibt an, daß durch Berührung irgend eines Teiles der Kopfhaut oder einer anderen Körperstelle das Gedächtnis in der Hypnose verstärkt werden könne. Er erklärt dies durch eine Konzentration der Aufmerksamkeit, während vorher Zerstreutheit vorhanden war. Auch Beaunis findet das Gedächtnis der Hypnotisierten gesteigert. Nach Binet und Féré handelt es sich geradezu um eine mysteriöse Luzidität des Erinnerungsvermögens. In neuerer Zeit haben Freud und Breuer die Behauptung aufgestellt, daß es durch geeignete Suggestionen gelinge, die Erinnerungsfähigkeit in der tiefen Hypnose in dem Maße zu steigern, daß die Versuchspersonen sich auf Vorgänge und Zusammenhänge aus früheren Zeiten be-

sinnen, deren Erinnerung ihnen im Wachzustande völlig entschwunden gewesen sei. Auf diese Weise haben die genannten Forscher die psychische Genese mancher hysterischen Symptome darstellen und darauf eine entsprechende „kathartische“ Heilmethode gründen wollen. Auch aus früheren Experimenten älterer Forscher sind Fälle bekannt, in denen die Hypnotisierten in der tiefen Hypnose geistige Leistungen produzierten, wie z. B. das Aufsagen von Gedichten, das Sprechen fremder Sprachen, die Erinnerung an Erlebnisse der allerfrühesten Kindheit usw., die angeblich nur durch eine gesteigerte Luzidität des Erinnerungsvermögens erklärt werden konnten, da die betreffenden Dinge im Wachzustande aus dem Gedächtnis der Personen vollständig entrückt waren.

In neuester Zeit endlich hat Vogt eine derartige Hypermnesie nicht nur in der tiefen Hypnose, sondern auch in den oberflächlichsten Stadien hypnotischer Zustände beschrieben und geglaubt, diese hypnotische Hypermnesie zu experimentalpsychologischen Untersuchungen über die Natur der Gefühle und Willensvorgänge usw. anwenden zu können. Hilger, Loewenfeld u. a. haben die vermeintliche hypnotische Hypermnesie benutzt, um Aufklärung über die Entstehungsgeschichte von epileptischen Krämpfen, Phobien, Tics usf. zu erlangen. Phantasiebegabte Pädagogen haben sogar den Vorschlag gemacht, die hypnotische Steigerung des Gedächtnisses für den Schulunterricht der Kinder fruchtbar zu machen.

Ich selbst kann alle diese Behauptungen nicht bestätigen. Obwohl ich viele geeignete Fälle sorgfältig daraufhin untersucht habe, habe ich in keinem einzigen Falle eine wirkliche Mehrleistung des Gedächtnisses beobachten können, die über die wache Erinnerungsfähigkeit derselben Person hinausgegangen wäre. Hierbei sehe ich natürlich ab von den Fällen suggerierter Amnesie nach einer Hypnose, sowie von denjenigen Fällen, in denen Patienten im Wachzustande Aussagen wegen angeblicher Erinnerungslosigkeit verweigern, während sie sich in

Wirklichkeit aus irgend einem Grunde scheuen, die vorgelegten Fragen zu beantworten. Eine solche Hemmung freilich läßt sich in der tiefen Hypnose ohne weiteres beseitigen. Daß sie nicht selten vorkommt, darf für niemanden verwunderlich sein, der mit den unberechenbaren Heimlichkeiten, Schleichwegen und Raffiniertheiten des hysterischen Seelenlebens vertraut ist. Darüber hinaus habe ich jedoch niemals irgend eine Tatsache feststellen können, die für eine wirkliche Mehrleistung des Gedächtnisses kritisch hätte verwertet werden können. Ich glaube daher zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß eine wirkliche, echte Steigerung des Erinnerungsvermögens weder in der tiefen Hypnose noch in den oberflächlichen hypnotischen Zuständen vorkommt, von denen wir später Kenntnis erlangen werden. Nach meiner auf zahlreiche Untersuchungen gegründeten Überzeugung beruhen die scheinbaren Mehrleistungen des Gedächtnisses bei hypnotisierten Personen entweder auf der Beseitigung einer meist emotionellen Hemmung, die im Wachleben bestand, oder aber auf Autosuggestionen der Versuchspersonen, die durch suggestive Fragen oder durch eine hypnotische Dressur von seiten des Experimentators veranlaßt wurden. Für die forensische Beurteilung hypnotischer Verbrechen kann diese Frage, wie ich es selbst in mehreren Fällen erlebt habe, unter Umständen von großer praktischer Bedeutung sein. Das „Hellsehen“ hat sich mir jedenfalls für die Vergangenheit als ebenso illusorisch erwiesen wie für die Zukunft.

7. Die vegetativen Funktionen.

Auch über die Beeinflussung der vegetativen Funktionen in der tiefen Hypnose sind zahlreiche Beobachtungen in der Literatur niedergelegt, die einer exakten Kritik nicht standhalten. Ich selbst habe folgendes feststellen können:

In der normalen Somnambulhypnose wird die Atmung spontan etwas tiefer, gleichmäßiger und langsamer,

gerade wie im normalen Schlafe. Die Verlangsamung ist eine geringfügige und beträgt durchschnittlich zwei bis vier Atemzüge in der Minute. Suggestiv läßt sich eine weitere Verlangsamung, sowie eine stärkere Beschleunigung bis auf 40 und mehr Atemzüge leicht hervorrufen, besonders auch indirekt durch Erregung von Angstaffekten und dgl.

Der Puls der Hypnotisierten ist spontan wenig verändert, von einer geringen Verlangsamung abgesehen, wie sie in analoger Weise im normalen Schlafe sich einzustellen pflegt. Eine direktive suggestive Beeinflussung des Pulses ist nach meiner Erfahrung unmöglich. Dagegen gelingt es leicht, durch suggestive Hervorrufung von Erregungen aller Art eine mehr oder minder große Beschleunigung des Herzschlages zu erzielen. Dabei verlaufen natürlich Puls- und Atmungsfrequenz einander parallel. Von dieser Darstellung weichen die Angaben anderer Autoren erheblich ab. So berichtet Beaunis (1884) von einer suggestiven Beeinflussung des Herzschlages bei einer schwer Hysterischen, bei der es gelang, die Pulszahl in der Hypnose um 6—18 Schläge in der Minute zu vermindern oder zu beschleunigen. Tarchanoff konnte die Pulszahl eines sehr nervösen Individuums von 85 bis auf 160 in der Minute steigern. Lehmann wies allerdings zur Erklärung dieser Wirkungen darauf hin, daß einzelne Menschen schon im Wachzustande eine besondere Herrschaft über ihre Herztätigkeit besitzen, und daß die bloße Vorstellung einer anstrengenden Muskeltätigkeit — schon bei vielen normalen wachen Personen — genügt, um eine Beschleunigung von Puls und Atmung hervorzurufen.

Ungleich auffallender ist die suggestive Veränderung der Körpertemperatur in der Hypnose, die von einigen Autoren beschrieben worden ist. v. Krafft-Ebing suggerierte einer Hysterischen mit Erfolg, daß sie drei Tage lang eine Temperatur von 37,0° haben solle, während die Patientin vorher 36,8° bis 37,4° C gemessen hatte.

Ebenso konnte er Temperaturerhöhungen von 39,2° bis 40,0° auf die Norm zurückbringen, aber auch eine Temperaturerhöhung auf 38,5° zu einem bestimmten Zeitpunkte erfolgreich suggerieren. Dumontpallier (1885) demonstrierte sogar eine lokale Temperaturerhöhung um mehrere Grade in der Hypnose. Noch neuerdings beschreibt Mohr (1914) eine Hysterika, die nach Ablauf einer Influenza wochenlang rektale Temperaturen von zirka 38,0° hatte, und bei der er in tiefer Hypnose einen sofortigen Temperaturabfall auf 36,5° erfolgreich suggerierte. Diese Wirkung hielt nicht nur dauernd an, sondern es konnte auch vorübergehend zu einer beliebigen Zeit die Erhöhung der Temperatur durch Suggestion wieder erzielt werden. Zur Erklärung derartiger Experimente nimmt Preyer eine direkte Beeinflussung der Wärmezentren der Großhirnrinde durch die Suggestion an. Ich glaube, daß es sich um ausnahmsweise reizbare, labile Individuen handelt, deren Temperatur auch schon im Wachzustande durch seelische Einflüsse in hohem Maße verändert werden kann, wie ich das mehrfach erlebt habe.

Unwillkürliche Muskelbewegungen treten in der normalen Hypnose nicht auf. Die Stellung, die der Hypnotisierte im Anfange der Hypnose einnimmt, wird im allgemeinen von ihm beibehalten, auch wenn sie noch so unbequem ist und auch wenn man die Hypnose längere Zeit ausdehnt und die Versuchsperson völlig unbeachtet läßt. Die Augäpfel sind in der tiefen Hypnose, wie im Schlafe, nach oben und innen, seltener nach oben und außen rotiert, so daß, wenn man die oberen Augenlider passiv erhebt, die weiße Sklera zum Vorschein kommt. Doch kann, wie wir gesehen haben, suggestiv die normale Stellung der Bulbi wie im Wachzustande herbeigeführt werden.

Die Reflexe der Haut und der Sehnen sind in der tiefen Hypnose nicht verändert. Sie zeigen in der Hypnose die gleiche Stärke und Beschaffenheit wie vor der Hypnose. Ebenso die mechanische Erregbarkeit der Muskulatur

latur. Die neuromuskuläre Übererregbarkeit, die Charcot als die Grundlage der hypnotischen Erscheinungen aufgestellt hat, läßt sich in der Hypnose nur dann nachweisen, wenn sie auch vor der Hypnose bereits bestand. Daß die Haut- und Sehnenreflexe in der Somnambulhypnose sich nicht ändern, wenn man die darüber liegenden Haut- und Muskelpartien suggestiv so unempfindlich gemacht hat, daß das Streichen oder Beklopfen der betreffenden Stellen nicht mehr empfunden wird, habe ich bereits hervorgehoben.

Die Schweißabsonderung der Haut soll nach Braid und Preyer in der Hypnose häufig vermehrt sein. Ich kann das für die normale Somnambulhypnose nicht bestätigen.

Einen suggestiven Einfluß auf die Milchsekretion der Ammen will Braid in der Hypnose beobachtet haben. Forel u. a. berichten über die suggestive Beeinflussung der Magensaftsekretion. Mohr konnte in einem Falle nach einem Probefrühstück in der Hypnose einen Magensaft von 45% freier HCl und 74% Gesamtazidität erzielen, während vorher nach dem gleichen Probefrühstück überhaupt keine freie HCl und nur eine geringe Gesamtazidität bestanden hatte.

Gähnen, Niesen, Husten, Erbrechen, Urinsekretion und Stuhlgang lassen sich in der tiefen Hypnose suggestiv hervorrufen. Das ist eine Tatsache. Ob aber diese Erscheinungen durch eine direkte suggestive Beeinflussung der betreffenden unwillkürlichen Muskulatur bzw. des sympathischen Nervensystems zustande kommen, wie es in der Literatur meist angenommen wird, ist doch zum mindesten sehr fraglich. Nach meiner Überzeugung realisieren sich derartige Suggestionen nur so weit und nur auf dem gleichen Wege, wie im Wachzustande auch, d. h. durch eine Kombination willkürlicher Innervationen (z. B. der Bauchpresse usw.) mit den dem betreffenden Akte zugehörigen Vorstellungen und Empfindungsvorgängen. Das normale Bedürfnis, Urin zu lassen,

tritt beispielsweise ein, wenn die gefüllte Harnblase Spannungs- usw. Empfindungen in uns erzeugt; es wird befriedigt dadurch, daß die willkürlich innervierte Bauchpresse den Widerstand des Sphinkters überwindet. In der Hypnose läßt sich die Empfindung des Harndranges halluzinatorisch hervorrufen und zu großer Lebhaftigkeit steigern; die Entleerung erfolgt dann auf dem gleichen Wege wie im Wachzustande. Dabei hängt es von der gegebenen Füllung der Blase ab, ob die Anstrengung der Bauchpresse den Urin herausbefördert oder nicht. Daß auch indirekte Vorstellungseinflüsse, z. B. der bloße Gedanke an den Harndrang, die Angst u. a. m. diesen Vorgang schon im Wachzustande beeinflussen können, ist allgemein bekannt. Ich glaube daher, daß in den geschilderten hypnotischen Phänomenen nichts anderes vorliegt als höchstens eine quantitative Steigerung derjenigen psychischen Einflüsse, die auch im Wachleben wirksam sind, um die betreffenden unwillkürlichen oder besser halbwillkürlichen Erscheinungen hervorzubringen. Im übrigen werden wir uns im VI. Kapitel mit der Theorie dieser Vorgänge eingehender zu beschäftigen haben.

Die suggestive Hervorrufung und Regulierung der Menstruation ist von Braid, Forel u. a. beschrieben worden. Ich halte derartige Einwirkungen nur dann für möglich, wenn die seelische Beeinflussung zufällig oder absichtlich mit den physiologischen Vorgängen zusammentrifft. Suggeriert man einer Hypnotisierten das Eintreten der Menstruation außerhalb der physiologischen Zeiten, so erhält man später auf Befragen wohl öfters die Antwort, daß sich tatsächlich etwas Blut gezeigt habe; aber man wird nicht fehlgehen, wenn man dieses Blut auf Rechnung einer Halluzination setzt. Doch kann man es auch erleben, daß wirkliches, echtes Blut dabei zutage gefördert wird; freilich ergibt dann wohl die Analyse des Sachverhaltes, daß die Versuchsperson zur Realisation der suggerierten Erscheinung ein nicht-suggeriertes heißes Fußbad unterstützend herangezogen hat.

Die Beeinflussung des Geburtsvorganges in der Hypnose erstreckt sich lediglich auf das subjektive Befinden der Gebärenden in bezug auf Angst, Aufregung, Schmerzen usw. Eine direkte suggestive Einwirkung auf den objektiven Geburtsverlauf ist nur in der Phantasie weniger Hypnotiseure möglich.

Die geschlechtliche Erregbarkeit kann in der Somnambulhypnose leicht beeinflußt werden, wie Richet, Preyer u. a. gezeigt haben. Daß hier auch spontane Veränderungen zu konstatieren sind, insofern als die Berührung einer andersgeschlechtlichen Person mit der Hand, zumal bei Hysterischen, einen sinnlich erregenden Einfluß ausüben kann, wird jeder erfahrene Hypnotiseur zugeben müssen. Daher hatte die im Jahre 1784 in Paris unter dem Vorsitze von Bailly zusammengetretene Kommission durchaus recht, wenn sie das sexuell erregende Moment der magnetisierenden Manipulationen hervorhob und infolgedessen einer allgemeinen Anwendung des Magnetismus, insbesondere durch Laien, widersprach.

Von einigem Interesse sind die Veränderungen des Stoffwechsels in der Hypnose, die von mehreren Autoren berichtet werden. Es handelt sich hierbei nicht um suggestive, sondern um spontane Veränderungen, die durch den Zustand der Hypnose selbst bedingt sein sollen. So fand Brock (1880) die Summe der entleerten festen Bestandteile des Harnes, die Menge des Harnfarbstoffes und die relative Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure in der Hypnose verringert. Ähnlich Strübing und Zülzer, die darin den Ausdruck einer Herabsetzung des Stoffumsatzes in der Nervensubstanz erblicken, während Gürtler diese Veränderungen durch eine mangelnde Resorption vom Darme aus erklärt. Gilles de la Tourette und Chatelineau weisen auf Grund ähnlicher Versuchsergebnisse darauf hin, daß Hypnose und Hysterie auch mit Rücksicht auf den Stoffwechsel zahlreiche Berührungspunkte zeigen, die auf ihre enge Verwandtschaft hindeuten.

Endlich die suggestiven Hauterscheinungen. Nicht nur phantasiebegabte Enthusiasten, sondern auch ernst zu nehmende, kritische Beobachter, wie v. Krafft-Ebing und Forel, haben in einzelnen Fällen beobachtet, daß durch Suggestion Hautblutungen, Brandwunden und Wasserblasen erzeugt werden konnten. v. Schrenck-Notzing hat gezeigt, daß es sich hier um einen Vorgang handelt, der nicht durch direkte Suggestion, sondern durch indirekte, nicht immer betrügerische Mithilfe von seiten der hypnotisierten Versuchsperson entsteht, und der um so weniger zustande kommt, je mehr die aktive Mithilfe der Patientin unmöglich gemacht wird. Da das Phänomen der suggestiven Vesikation uns im theoretischen Teile dieses Lehrbuches noch ausführlicher beschäftigen soll, möchte ich hier nicht weiter darauf eingehen. Ich will nur hinzufügen, daß ich selbst bei Hysterischen, deren abnorm reizbare Haut auch im Wachzustande das Phänomen der Dermographie und Urticaria factitia darbot, in der Hypnose durch Auflegen eines Stückes einfachen gummierten Papieres mit der Suggestion eines Blasenpflasters gelegentlich eine leichte zirkumskripte Rötung der betreffenden Stelle eintreten sah. Neuerdings sind positive Versuche der suggestiven Vesikation von Podjapolsky (1908) und Smirnoff (1912) beschrieben uud von Alrutz (1915) psychophysiologisch interpretiert worden.

8. Die posthypnotischen Erscheinungen.

Nicht nur für die psychologische Würdigung, sondern hauptsächlich auch für die therapeutische Verwendung der Hypnose ist es von höchster Bedeutung zu wissen, daß Suggestionen nicht nur während des hypnotischen Zustandes wirken, sondern unter Umständen mit in den Wachzustand hinübergenommen werden, ja sogar erst im Wachzustande nach beendeter Hypnose realisiert werden können. Das gilt nicht nur für die in der Hypnose suggerierten Bewegungen, Empfindungen und

Stimmungen, sondern sogar für die suggerierten Sinnestäuschungen und Halluzinationen. Jedes Experiment, das intrahypnotisch realisiert wird, kann auf diese Weise auch posthypnotisch zur Ausführung gebracht werden.

Dabei kann entweder die empfangene Suggestion auf Wunsch des Experimentators andauernd wirken, also auch nach Beendigung der Hypnose bestehen bleiben. Wurde z. B. eine Lähmung eines Armes produziert und die Beweglichkeit nicht wiederhergestellt, so kann die Lähmung nach aufgehobener Hypnose unter dem Bilde einer psychischen Lähmung weiterbestehen. In anderen Fällen dagegen verschwindet die Lähmung von selbst, sofern nicht deren Fortbestehen ausdrücklich suggeriert wird, mit dem Momente der Aufhebung der Hypnose.

Oder es kann eine Lähmung erst mit dem Moment des Erweckens eintreten. „Sie werden, sobald ich Sie erweckt habe, bemerken, daß Ihr rechter Arm gelähmt ist.“ Ferner kann der Eintritt der posthypnotischen Suggestion für einen bestimmten Zeitpunkt nach beendeter Hypnose suggeriert werden. Wir können entweder genau die Zeit angeben, nach welcher sich die Suggestion verwirklichen soll, oder den Eintritt der posthypnotischen Erscheinung zu irgend einem äußeren Moment, an das sich die Realisation anschließen soll, in Beziehung bringen. Ein Beispiel der ersten Art ist folgendes: „Zehn Minuten nach dem Erwachen werden Sie meinen Papierkorb auf den Schreibtisch stellen“; ein Beispiel der zweiten Art: „Sobald in der Unterhaltuug nach beendeter Hypnose das Wort ‚Zettel‘ fällt, werden Sie aufstehen, eine tiefe Reverenz machen und dabei laut bis zehn zählen.“

Wird ein bestimmter fernliegender Termin für den Eintritt der posthypnotischen Erscheinung suggeriert, so spricht man von „Suggestionen auf längere Verfallzeit, suggestions à échéance“. Man kann nämlich den Termin der Ausführung einer posthypnotischen Suggestion auf acht oder vierzehn Tage, ja selbst auf Monate nach der Beendigung der Hypnose hinausschieben.

Außer den Suggestionen posthypnotisch auszuführender Bewegungen und Handlungen können — wie bemerkt — auch die Suggestionen von Sinnestäuschungen und Halluzinationen aller Art nach beendeter Hypnose zur Wirkung gebracht werden. „Drei Minuten nach dem Erwecken wird eine Umwandlung in meinem Zimmer vor sich gehen. Ein violettes Licht wird den ganzen Raum erfüllen, die Tapeten werden knallgrün, die Vorhänge blutrot erscheinen, und von sämtlichen festen Gegenständen werden goldene Strahlen ausgehen, die den Gegenstand wie eine Gloriole umhüllen.“ Die Suggestion realisiert sich in allen Einzelheiten; auf meine Frage schildert die Versuchsperson die Wirkungen der Illusion in allen Details, indem sie zu den suggerierten Erscheinungen unter Umständen aus eigener Phantasie passende Veränderungen hinzuhalluziniert. Der Kreis der posthypnotisch zu realisierenden Suggestionen zeigt dabei ebensowenig irgend eine Beschränkung, wie dies innerhalb der Hypnose der Fall war, eine geeignete Technik des Suggerierens stets vorausgesetzt.

Wie lange bleiben derartige posthypnotische Halluzinationen bestehen, wenn man sie nicht absuggeriert? Das richtet sich nach der Art und Energie der gegebenen Suggestionen. Gebe ich z. B. einer Hypnotisierten die posthypnotische Suggestion, daß sie einen Federhalter als angebliche Rose sich ins Haar stecken und auch nach der Hypnose darin behalten werde, so bleibt die Suggestion beispielsweise so lange bestehen, bis die Betreffende von irgend einer fremden Person interpelliert wird, warum sie sich gerade einen Federhalter ins Haar gesteckt habe. Zuerst wird sie allerdings behaupten, es sei kein Federhalter, sondern eine Rose; sehr bald aber wird sie sich von dem wahren Sachverhalt überzeugen lassen und die Illusion als solche erkennen. Suggeriere ich dagegen bereits in der Hypnose, daß sich die Versuchsperson auch im Wachzustande von keinem Menschen einreden lassen werde, daß die vermeintliche

Rose ein Federhalter sei, so dauert die gegebene Illusion längere Zeit fort, freilich meist nicht über die nächste Nacht hinaus. Je näher freilich die zu vollziehende Suggestion der tatsächlichen Wirklichkeit kommt und je unkontrollierbarer oder je wahrscheinlicher die Begründung des Eintretens der suggerierten Erscheinung ist, desto länger wird die Suggestion unter sonst gleichen Umständen vorhalten, um erst allmählich abzuklingen, wenn neue, stark wirkende Momente in Wirksamkeit treten. Daher kommt es, daß posthypnotische Beeinflussungen der Stimmung, des Allgemeinbefindens, überhaupt therapeutische Suggestionen im allgemeinen von viel längerer Realisationsdauer sind als etwa experimentelle halluzinatorische Einwirkungen. Für die zweckmäßige Redaktion der therapeutischen Suggestionen ist diese Tatsache von einschneidender Bedeutung.

Von großem Interesse ist es, zu beobachten, in welcher Weise die Personen sich und anderen über ihr Tun Rechenschaft geben, während sie eine posthypnotische Suggestion verwirklichen. Hier bieten sich zwei verschiedene Möglichkeiten: ein Teil der Versuchspersonen ist sich der Wirkung einer in der Hypnose gegebenen Suggestion mehr oder minder klar bewußt, ein anderer Teil nicht. Im ersten Falle antworten manche Personen nach ausgeführter Suggestion auf die Frage, warum sie das jetzt getan hätten, z. B.: „Weil Sie es mir befohlen hatten“ oder „Weil mich ein unwiderstehlicher Zwang dazu trieb“, für dessen Entstehung übrigens die Versuchspersonen häufig gar keine Erklärung haben. Die zur zweiten Gruppe gehörigen suchen dagegen meist einen irgendwie gearteten Grund für ihre Handlungsweise anzugeben. Nachdem ich einer Dame in der Hypnose ohne weitere Motivation befohlen hatte, eine Minute nach dem Erwecken in ein herzliches Gelächter auszubrechen, führte sie das aus. Auf meine verwunderte Frage, warum sie denn mit einem Male einen solchen Heiterkeitsausbruch zeige, antwortete sie ohne Zögern: „Ich mußte soeben an

einen Witz denken, den mir meine beste Freundin kürzlich erzählt hat." Ein anderes Mal öffnete sie auf meine Suggestion hin das Fenster mit der spontan hinzugefügten Bemerkung, „es sei doch Unrecht, daß ich bei dem schönen Wetter nicht die Fenster geöffnet hielte" Suggeriert man Handlungen, für die ein plausibler Grund nicht wohl anzuführen ist, wie z. B. das Wegnehmen irgendeines Gegenstandes vom Schreibtisch oder aus der Tasche eines Zuschauers, so pflegen die Personen auf Befragen sich oft in sichtlicher Verlegenheit zu entschuldigen: „Ich begreife gar nicht, wie ich das tun konnte; es ist mir rätselhaft, wie ich auf diese Idee kam" usf.

Es leuchtet ein, daß man die Art und Weise des Verhaltens der Versuchspersonen und der subjektiven Begründung ihres Handelns bei der Ausführung posthypnotischer Aufträge wiederum auch suggestiv beeinflussen kann. Dann sagen die Personen scheinbar aus freien Stücken lediglich das aus, was ihnen vorher direkt oder indirekt suggeriert worden war. So kann man ihnen selbst das Gefühl der Willensfreiheit bei der Ausführung der posthypnotischen Eingebungen suggerieren.

Der Zustand, der bei der Realisation einer posthypnotischen Handlung oder während einer posthypnotischen Halluzination vorhanden ist, erscheint dem oberflächlichen Beobachter als ein völliger Wachzustand. In Wirklichkeit liegt aber eine Art Dämmerzustand vor, der durch entsprechende Suggestionen leicht in eine neue Hypnose umzuwandeln ist. Auch Amnesie für das posthypnotische Phänomen kann durch eine vorher gegebene Suggestion erzielt werden. Während der Zeit zwischen dem Erwecken und der Ausführung der posthypnotischen Suggestion sind die Personen im allgemeinen völlig wach und zeigen ein durchaus normales Verhalten. Oft freilich kann man ihnen eine gewisse Unruhe anmerken; die Personen empfinden, daß sie noch irgend etwas zu tun hätten, wissen aber in der Regel nicht, was. Die Unruhe verschwindet mit dem Moment der Ausführung der Sug-

gestion. Ist durch irgend einen unvorhergesehenen Zufall die Realisation der posthypnotischen Suggestion par force majeure unmöglich geworden, wie z. B. bei einer posthypnotischen Bestellung zu einem entfernteren Termin, so empfinden die Personen um die verabredete Zeit eine heftige Unruhe und einen lebhaften Drang, dem Befehle des Hypnotiseurs nachzukommen; nach einer angemessenen Zeit verschwindet dieser Zustand spontan wieder und das Gleichgewicht der Seele kehrt zurück. Daß die Versuchspersonen in der Zwischenzeit bis zur Ausführung des suggerierten Befehles irgend eine Art von Kenntnis von diesem Befehle haben müssen, wurde oben bereits ausgeführt. Ob aber diese Kenntnis ihnen selbst deutlich bewußt wird oder zu Äußerungen gegenüber dritten Personen führt, hängt von der Redaktion der erteilten Suggestion ab.

9. Der Rapport.

Bevor wir die Schilderung der Phänomene der reinen normalen Somnambulhypnose verlassen, um zu den oberflächlichen und abweichenden Formen der Hypnose überzugehen, müssen wir noch auf zwei Gesichtspunkte näher eingehen, die für die Beurteilung des Hypnotismus früher eine große Rolle gespielt haben: es sind die Fragen des sog. Rapports und der kriminellen Suggestionen.

Unter der Bezeichnung „hypnotischer Rapport" versteht man — ganz allgemein ausgedrückt — die Beziehungen des Hypnotisierten zur Außenwelt. In dem eigentümlichen Verhalten der Hypnotisierten, das sie zwingt, auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten, den Fremdsuggestionen zu gehorchen usw., lernten wir ja ein charakteristisches Merkmal der Hypnose kennen. In der tiefen Somnambulhypnose wird nun gelegentlich eine besondere Erscheinung nach dieser Richtung hin beobachtet. Der Hypnotisierte tritt dabei nur mit seinem Hypnotiseur in Wechselbeziehungen und kann nur von diesem beeinflußt werden, während alle Versuche anderer

Personen, auf eine Frage Antwort zu erhalten oder einen Befehl zur Ausführung zu bringen, an der völligen Reaktionslosigkeit des Hypnotisierten scheitern. Diese Erscheinung pflegt man als Isolierrapport zu bezeichnen.

Daß ein solcher Isolierrapport suggestiv in jeder normalen Somnambulhypnose leicht herzustellen ist, haben wir bereits oben gesehen, da ja alle anderen Anwesenden auf dem Wege der negativen Halluzinationen zum Verschwinden gebracht werden können. Ebenso ist es leicht verständlich, daß ohne jedesmalige direkte Suggestion, durch bloßes Erraten seitens der Versuchsperson oder durch Dressur auch in späteren Hypnosen ein solcher Isolierrapport zutage treten kann. Die Frage, auf die es ankommt, ist aber, ob auch spontan ein Isolierrapport mit dem Hypnotiseur vorhanden ist und ob ein solcher zu den charakteristischen Erscheinungen der Hypnose an sich gehört, selbst wenn alle direkten oder indirekten suggestiven Einflüsse in dieser Richtung fortfallen.

Früher galt es als ausgemacht, daß diese Frage zu bejahen ist. Knüpften doch gerade hieran die alten Magnetiseure ihre Lehre vom magnetischen Fluidum, durch das sie die Wechselwirkungen eines Menschen auf einen anderen erklären wollten. Heute wissen wir mit Sicherheit, daß hierbei von einer spezifischen Erscheinung der Hypnose keine Rede sein kann, daß es sich vielmehr in allen Fällen von Isolierrapport um eine suggerierte Erscheinung handelt. In der in diesem Punkte unbeeinflußten normalen Somnambulhypnose wird jeder Befehl eines zufällig anwesenden Dritten ebenso anstandslos realisiert wie die Suggestionen des Hypnotiseurs, der die Hypnose eingeleitet hat. Es ist das Verdienst von Moll, durch eine große Reihe von Experimenten gezeigt zu haben, daß die alte Lehre vom spontanen Isolierrapport auf irrtümlichen Voraussetzungen beruht (vgl. A. Moll: Der Rapport in der Hypnose. Schriften d. Ges. f. psychol. Forschung, H. 3/4. Leipzig, A. Abel. 1892).

10. Die kriminellen Suggestionen.

Die Gegner des Hypnotismus oder seiner praktischen Anwendung haben zur Begründung ihres ablehnenden Verhaltens häufig darauf hingewiesen, daß die Suggeribilität des Hypnotisierten ebensogut wie zu therapeutischen auch zu verbrecherischen Zwecken ausgebeutet werden kann. Die Anhänger der Hypnotherapie haben diese Behauptung vielfach bestritten und ihre Haltlosigkeit durch Experimente zu beweisen gesucht. Delboeuf, Franck, Gilles de la Tourette, Pierre Janet, Ballet u. a. haben z. B. auf Grund ihrer experimentellen Untersuchungen die These aufgestellt, daß die Versuchspersonen auch in der tiefsten Hypnose einen genügenden Bruchteil ihrer normalen Urteilskraft und ihres sittlichen Charakters beibehalten, um zu erkennen, daß die im Experiment gegebenen kriminellen Suggestionen auf eine Komödie hinausliefen, und um gegen echte kriminelle Zumutungen sich refraktär zu verhalten.

Ich halte diesen Standpunkt auf Grund meiner Erfahrungen für irrtümlich. So wünschenswert die Richtigkeit dieser Behauptungen wäre, so zwingt mich doch meine persönliche Überzeugung, dagegen Einspruch zu erheben. Ich bin fest davon überzeugt, daß in der normalen tiefen Somnambulhypnose bei geeigneter Technik des Suggerierens jede kriminelle Suggestion ohne Ausnahme und ohne Widerstand zur Ausführung gebracht werden kann. Freilich nur in der normalen, tiefen Somnambulhypnose, die, wie wir sehen werden, relativ selten ist. Dagegen nicht in den oberflächlichen hypnotischen Zuständen und auch nicht in den abnormen Somnambulhypnosen, von denen wir später Kenntnis erlangen werden. Und vor allem nur bei geeigneter Technik des Suggerierens.

Eine direkte kriminelle Suggestion, bei der der Hypnotiseur der Versuchsperson über den Zweck und die Bedeutung der gegebenen Suggestion volle Klarheit gibt,

scheitert ganz selbstverständlich an dem ethischen Widerstande der Versuchsperson, vorausgesetzt, daß man es nicht zufällig mit einem wirklichen Verbrecher zu tun hatte. Und wenn der Hypnotiseur, allen Eruptionen des Affektlebens der Hypnotisierten zum Trotz, auf der Ausführung der kriminellen Suggestion besteht, so geschieht diese Ausführung so ungeschickt und so komödienhaft, daß der etwaige Zweck der Handlung sicherlich vereitelt wird.

Ganz anders aber verhält sich die Sachlage, wenn man eine geeignete Technik des Suggerierens zur Anwendung bringt und das vorgesetzte Ziel auf indirektem Wege zu erreichen sucht. Zum Beispiel: ich suggeriere einer Hypnotisierten, das Fensterbrett eines geöffneten Fensters sei ein Steg, der weit hinausrage in ein herrliches Meer und von dem aus eine entzückende Aussicht zu genießen sei, sobald man einige Schritte vorwärts schreite, wobei sie sich völlig gefahrlos an ein suggeriertes Geländer halten könne. Oder ich gebe der Versuchsperson in der Hypnose einen geladenen und gespannten Revolver in die Hand, mit der Suggestion, es sei eine elektrische Klingel, auf deren Druckknopf an Stelle des Abzuges sie kräftig drücken müsse, um einen dienstbaren Geist herbeizurufen u. dgl. m. Es ist wahr, ich habe diese Experimente nie angestellt. Aber ich habe keinen Zweifel, daß sie sich realisieren würden, mit allen den unheilvollen Folgen, die darin gelegen sind. Es gehört m. E. ein verzweifelter Mut oder eine extreme Ignoranz dazu, wenn jemand es wagen wollte, einen spöttischen Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung durch die Tat zu bekräftigen. Ebenso kann man natürlich mutatis mutandis an der hypnotisierten Person jedes Verbrechen ausführen, sofern man das Affektleben der Personen suggestiv ausschaltet und sich indirekter halluzinatorischer Suggestionen bedient.

Welche Gefahren in forensischer Beziehung aus dieser Sachlage erwachsen, lehren die Prozesse Czynski,

Berchthold, Sauter, Mainone usw., die in der Literatur berichtet worden sind. Ich habe diesen Gegenstand an anderer Stelle ausführlich behandelt und auf die daraus zu ziehenden gesetzgeberischen Konsequenzen hingewiesen.

11. Die oberflächlichen hypnotischen Zustände.

Nachdem wir die Erscheinungen der typischen Somnambulhypnose kennengelernt haben, müssen wir uns nunmehr mit den verschiedenen oberflächlichen hypnotischen Zuständen beschäftigen, um ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihr Vorkommen festzustellen.

Wir gehen dabei aus von den sogenannten Graden der Hypnose, die von jeher, besonders aber seit Liébeault von zahlreichen Forschern aufgestellt worden sind, um eine Einteilung der hypnotischen Zustände zu ermöglichen. Das Prinzip dieser Einteilungen bestand im allgemeinen in der Annahme, daß gewisse Erscheinungen sich meist nur in einer bestimmten Tiefe des hypnotischen Zustandes vorfänden. Einige der bekanntesten Gradeinteilungen mögen hier kurz besprochen werden, ehe ich meinen eigenen Standpunkt in dieser Frage präzisiere.

Charcot hat die Hypnose in 3 Stadien eingeteilt:

1. Das kataleptische Stadium entsteht durch ein plötzliches, starkes Geräusch oder entwickelt sich durch künstliches Augenöffnen aus dem zweiten Stadium. Die Augen sind geöffnet; die Glieder verharren ohne Ermüdungserscheinungen in jeder noch so unbequemen Lage, in die sie gebracht werden. Dabei nimmt das Gesicht von selbst den zu der jedesmaligen Stellung der Glieder passenden Ausdruck an. Die Reflexe sind aufgehoben, es besteht Analgesie und Annahme von Suggestionen.

2. Das lethargische Stadium entsteht entweder direkt durch Fixation oder indirekt durch künstlichen Augenschluß aus dem ersten Stadium. Die Augen sind geschlossen, die Glieder fallen schlaff herab, die Reflexe

sind erhöht, die Haut anästhetisch. Es besteht neuromuskuläre Hyperexzitabilität, d. h. durch mechanische Reizung von Muskel, Nerv, Sehne oder der darüberliegenden Haut entstehen Kontrakturen der entsprechenden Muskeln; ebenso bei Gewichtsbelastung der Extremitäten, wobei die Muskelkraft fünfmal größer ist als im Wachzustande. Suggestionen werden nicht angenommen.

3. Das somnambule Stadium entsteht gelegentlich direkt durch Fixation oder wird durch Reiben des Scheitels aus dem ersten oder zweiten Stadium produziert. Die Augen sind halb oder ganz geschlossen. Durch Hautreize, z. B. einfaches Streichen der Haut, entsteht Kontraktur der unter den gereizten Hautstellen liegenden Muskeln. Der künstlichen Lageveränderung eines Gliedes wird ein gewisser Widerstand entgegengesetzt. Zur Beseitigung der Kontrakturen dienen die nämlichen Hautreize, wie zu ihrer Hervorbringung. Suggestionen werden angenommen. Es besteht nach der Hypnose keine Amnesie; posthypnotische Befehle werden automatisch ausgeführt.

Diese Einteilung hat heute nur noch historisches Interesse. Es ist von fast allen Forschern anerkannt, daß die Charcotschen Stadien der Hypnose Kunstprodukte sind, die durch unbeabsichtigte Suggestionen des Hypnotiseurs und durch Autosuggestionen der Versuchspersonen lediglich bei Hystero-Epileptischen zustande kommen. Alle drei von Charcot beschriebenen Stadien des „grand hypnotisme" gehören in Wirklichkeit der tiefen, normalen oder abnormen, Somnambulhypnose an.

Von anderen Forschern wird als Unterscheidungsmerkmal für die verschiedenen Tiefengrade der Hypnose die nach der Hypnose eintretende Amnesie angenommen. Ist diese vorhanden, so wird das Bestehen tiefer Hypnose konstatiert. Die Gradeinteilungen Liébeaults, der 6 Grade, sowie Bernheims, der 9 Grade annimmt, beruhen wesentlich auf der bestehenden oder nicht bestehenden Amnesie. Dabei unterscheiden diese beiden

Forscher die oberflächlichen (4 bzw. 6) Stadien der Hypnose von den tiefen somnambulen (2 bzw. 3) Zuständen. Die Unterabteilungen gründen sich auf das Auftreten einiger für charakteristisch gehaltenen Erscheinungen, z. B. des Augenschlusses, der Katalepsie, des Drehautomatismus usw. (s. oben). Wir haben gesehen, daß die Amnesie sowohl wie die übrigen Erscheinungen keine spontanen, sondern suggestive Phänomene sind. Eine auf diese Unterscheidungsmerkmale allein gegründete Einteilung ist deshalb nicht empfehlenswert. Ebensowenig eignet sich die von Delboeuf als Unterscheidungsmerkmal vorgeschlagene Analgesie, bzw. deren Vorhandensein oder Fehlen.

Am bekanntesten und gebräuchlichsten ist die von Forel eingeführte Gradeinteilung der Hypnose:

Grad I: Somnolenz. Der nur leicht Beeinflußte kann noch mit Anwendung seiner Energie der Suggestion widerstehen und die Augen öffnen.

Grad II: Hypotaxie oder Charme. Es realisieren sich die meisten motorischen Suggestionen, dagegen nicht die Suggestion von Halluzinationen und Amnesie.

Grad III: Somnambulismus. Durch das Gelingen halluzinatorischer Suggestionen, durch suggestive Amnesie und posthypnotische Erscheinungen charakterisiert.

In neuerer Zeit macht sich immer mehr das Bestreben geltend, nur noch zwei Grade der hypnotischen Zustände zu unterscheiden, die sich durch die Ausdehnung der suggestiv herbeizuführenden Funktionsstörungen voneinander abgrenzen. So unterscheidet z. B. schon Braid die unvollständige und die vollständige Hypnose, Durand de Gros die Hypotaxie und die Ideoplastie. Großmann, Loewenfeld, Max Hirsch u. a. sprechen von oberflächlicher und tiefer Hypnose, je nachdem das Bewußtsein des Hypnotisierten mehr dem Wachzustande

ähnelt oder sich durch die Realisation halluzinatorischer und posthypnotischer Suggestionen als stärker alteriert erweist..

Moll und Dessoir haben versucht, ein physiologisches Einteilungsprinzip aufzustellen, das sich auf die innerhalb der Hypnose auftretenden Erscheinungen bezieht. Sie unterscheiden .ein zentrifugales Stadium, in dem nur die motorischen Funktionen beeinflußt werden; in dem zweiten, zentripetalen Stadium dagegen sind auch die Funktionen der Sinnesorgane und das Geistesleben einer suggestiven Beeinflussung zugänglich.

Ich selbst bin ebenfalls für die Unterscheidung der oberflächlichen und tiefen Hypnose eingetreten, die ich mit Crocq-fils als Somnambuloid-Hypnose und als Somnambul-Hypnose bezeichnen möchte. Dazu bewog mich nicht so sehr eine scharfe phänomenologische Trennung der in diesen Zuständen zu realisierenden Suggestionen, sondern vielmehr eine von der üblichen abweichende theoretische Auffassung des Wesens der Hypnose und Suggestion, die ich an anderer Stelle ausführlich entwickelt habe und auf die ich im VI. Kapitel dieses Lehrbuches zurückkommen werde. Ich werde dort den Versuch machen, nachzuweisen, daß nur die tiefen, somnambulhypnotischen Zustände spezifische Hypnosen darstellen, für die eine tiefgreifende, pathologische Alteration des Seelenlebens charakteristisch ist; während es sich bei den oberflächlichen Hypnosen nach meiner Auffassung nur um pseudohypnotische Zustände handelt, denen durch eine geschickte Technik die mehr oder minder lebhafte Illusion einer hypnoseähnlichen Beeinflussung zuerteilt wird. Ich möchte aber nicht unterlassen, schon an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß die oberflächlichen, also pseudohypnotischen Zustände für die therapeutische Anwendung des modernen Hypnotismus fast ausschließlich in Betracht kommen, während die spezifischen hypnotischen Einwirkungen nur experimentelles Interesse beanspruchen können.

Die von mir vorgenommene qualitative Differenzierung der hypnotischen Zustände in eigentliche oder hysterohypnotische und uneigentliche oder pseudohypnotische Zustände darf nicht verwechselt werden mit einer quantitativen Scheidung, wie es gewöhnlich geschieht. Denn es gibt innerhalb der beiden qualitativ unterschiedenen Gruppen eine quantitative Stufenfolge von den oberflächlichen bis zu den tiefsten Zuständen.

Die Erscheinungen der oberflächlichen und mitteltiefen hysterohypnotischen Zustände beschränken sich in der Hauptsache auf subjektive Parästhesien aller Art, sowie auf Veränderungen des Bewegungsapparates. Objektive Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen fehlen, soweit sie nicht bereits vor der Hypnose bestanden. Ausgedehntere halluzinatorische und posthypnotische Erscheinungen fehlen. Eine scharfe Trennung der einzelnen Stadien dieser Reihe ist nicht vorhanden. In den oberflächlichsten Zuständen können sich unter Umständen einzelne Illusionen und Halluzinationen prompt realisieren. Auch zeigen sich Unregelmäßigkeiten in dem Auftreten und in dem Ablauf der motorischen und sensibel-sensorischen Störungen insofern, als bei derselben Versuchsperson der Umfang der Realisationen trotz gleicher Technik bei den verschiedenen aufeinanderfolgenden Hypnotisationen wechselt. In manchen Fällen bleibt daher ein Zweifel, ob wir es mit einer oberflächlichen oder tiefen Hypnose zu tun haben. Ich persönlich bin geneigt, von einer tiefen — d. h. normalen — Somnambulhypnose nur dann zu sprechen, wenn der Umfang der in der Hypnose zu realisierenden Halluzinationen ein unbegrenzter ist, wenn es gelingt, suggestiv eine komplette Amnesie nach der Hypnose zu erzielen, und wenn sich posthypnotische Phänomene halluzinatorischer Art realisieren lassen. Über die abnormen Hypnosen vergleiche später.

Wenden wir uns nunmehr der Schilderung der Zustände der pseudohypnotischen Reihe zu, wie sie bei Nichthysterikern zu beobachten sind. Auch hier haben

wir oberflächliche oder mitteltiefe und tiefe Zustände voneinander zu unterscheiden.

Die tiefen hypnotischen Zustände der pseudohypnotischen Reihe sind von gänzlich anderer Beschaffenheit als die der hysterohypnotischen Reihe. Es handelt sich im wesentlichen um normale Schlafzustände unspezifischer Art, mit Bewußtlosigkeit und ohne Erinnerung nach dem Erwachen. Kleine Abweichungen kommen vor, insofern statt der völligen Bewußtlosigkeit eine hochgradige Schlaftrunkenheit vorhanden sein kann, in der der Schlafende eine Art von Dämmerbewußtsein hat und wie jeder normale Schläfer durch akustische oder taktile Reize zu gewissen einfachen Handlungen veranlaßt werden kann. Ebenso kann, wie immer im Schlafe, auch hier ein spontanes Träumen stattfinden, das nach dem Erwachen der Erinnerung zugänglich ist. Dieser natürliche Schlafzustand wird sehr häufig mit den spezifischen hypnotischen Somnambulzuständen verwechselt. Und zwar nicht nur von der Versuchsperson, sondern auch vom Hypnotiseur, zumal das Bild beider Zustände ein überaus ähnliches ist, solange keine Experimente gemacht werden.

Was die Erscheinungen der oberflächlichen Stadien der pseudohypnotischen Reihe anbelangt, so wäre hierüber folgendes auszusagen. Bei einer gewissen, nicht sehr großen Anzahl von Personen — die genaueren statistischen Nachweise sollen später folgen — tritt bei dem Versuche, sie zu hypnotisieren, außer einer gewissen Müdigkeit und Erschlaffung kaum irgend eine Veränderung des Wachzustandes ein. Bei etwas stärkerer Beeinflussung fallen den Personen die Augenlider nach einiger Zeit von selbst zu und können aus eigenem Antrieb nicht mehr geöffnet werden. Bei weitergehenden Versuchen realisiert sich meist sehr leicht die Suggestion der allgemeinen Mattigkeit und Schläfrigkeit, die Suggestion des Wärmegefühles und der taktilen Parästhesien. Endlich können bei längerer Fortsetzung der hypnotischen Einwirkung, aber auch häufig schon von Anfang an moto-

rische Suggestionen aller Art zur Ausführung gebracht werden, wie z. B. schlaffe und spastische Lähmungen, kataleptische und automatische Erscheinungen, Kontrakturen und systematisierte Bewegungshemmungen usf. In manchen Fällen gesellt sich dazu eine leichte Verminderung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit der Haut, ferner eine Art von Rapport, so daß nur die Befehle des Hypnotiseurs sich realisicren, eine gewisse Illusionierbarkeit und schließlich eine geringe, meist schnell vorübergchende Hypomnesie nach der Hypnose. Stärkere experimcntelle Beeinflussungen, speziell Halluzinationen, echte Amnesie und spezifische posthypnotische Phänomene sind auf keine Weise zu erzielen. Eine weitgehende therapeutische Beeinflussung des Allgemeinbefindens sowohl wie lokaler Krankheitserscheinungen ist dagegen sehr wohl möglich, sofern diese therapeutischen Einwirkungen nicht zu den spezifischen Suggestionen im strengeren Sinne des Wortes gehören. Darüber später Näheres.

Im Anschluß an diese Schilderung müssen wir noch einiger abweichender Zustände gedenken, dic von einzelnen Autoren zu den oberflächlichen hypnotischen Zuständen in Beziehung gebracht worden sind. Hicrher gehört der „physiologische Passivzustand“ Liébeaults, der unter Umständen im Wachleben eintritt, wobei Halluzinationen mit Erfolg suggeriert werden können. Auch der „Suggestiv-Zustand“, den v. Schrenck-Notzing, Döllken und andere Autoren im Wachleben eintreten sahen, rechnet hierher; ebenso die von Max Hirsch beschriebene Kaptivation, sowie die von Braid, Preyer u. a. geschilderte Faszination. Alle diese Zustände zeigen als gemeinsame Eigentümlichkcit, daß sie bei relativem Wachzustande der Personen eintreten und trotzdem eine mehr oder minder weitgehende Suggeribilität aufweisen. Soweit ich mich von der Realität derartiger Erscheinungen überzeugen konnte, handelte es sich entweder um geschickte Taschenspielerkunststücke von seiten des Experimentators oder um eine hysterische

oder schwachsinnige Geistesverfassung der Versuchspersonen. Therapeutisches Interesse haben diese Zustände nicht. Auch die von Ochorowicz und Geßmann konstruierten „Hypnoskope", mit denen man auf Grund ähnlicher Experimente angeblich die Menschen auf ihre Hypnotisierbarkeit prüfen kann, sind allgemein als Spielereien erkannt worden.

Der Erwähnung wert sind dagegen die von Vogt beschriebenen oberflächlichen hypnotischen Zustände, die er als einen systematisierten, lokalisierten und allgemeinen partiellen Wach- bzw. Schlafzustand bezeichnet. Beim systematisierten partiellen Wachsein ist nach Vogt nur ein einzelner Vorstellungskomplex geweckt; beim lokalisierten partiellen Wachsein ist ein einzelnes Rindenzentrum geweckt; das allgemeine partielle Wachsein endlich ist von diffusem Charakter, wie es z. B. bei übermüdeten Personen zur Beobachtung gelangt. Sind beim partiellen Wachsein die geweckten Bewußtseinselemente vollständig wach, so sind sie nach Vogt wegen der Einschränkung des Bewußtseinsumfanges zugleich abnorm stark erregt, und es entsteht das Bild des eingeengten Bewußtseins. Nach meiner Auffassung handelt es sich auch in diesen von Vogt beschriebenen Zuständen nicht um echte Hypnosen, sondern um pseudohypnotische, mit einer gewissen Konzentration der Aufmerksamkeit einhergehende Zustände, denen die von Vogt angenommene spezifische Bedeutung in therapeutischer und experimentalpsychologischer Beziehung m. E. nicht zukommt. Das gleiche gilt von der neuerdings von Kohnstamm (1918) empfohlenen Methode der hypnotischen Selbstbesinnung.

12. Die abnormen Somnambulhypnosen.

Jeder, der über ausgedehnte eigene Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus verfügt, wird ohne weiteres zugeben müssen, daß es von dem oben gezeichneten typischen Bilde der normalen Somnambulhypnose zahlreiche Abweichungen gibt, für die die dort aufgestellten Be-

hauptungen entweder ganz oder teilweise unzutreffend erscheinen. Es kommt vor, daß in Fällen, in denen eine tiefe Somnambulhypnose unverkennbar besteht, einzelne Suggestionen sich nicht realisieren, während andere prompt ausgeführt werden. Es kommt ferner vor, daß die Versuchspersonen trotz tiefster Hypnose überhaupt keinerlei Suggeribilität darbieten; und endlich werden spontane Phänomene innerhalb einzelner tiefer Hypnosen beobachtet, die zu dem Bilde der normalen Somnambulhypnose nicht passen. Daher kommt es, daß in der Literatur die Schilderungen der Phänomene der Somnambulhypnose in einzelnen Punkten weit auseinandergehen. Ich erinnere an die Schilderungen Charcots, die nur von wenigen anderen Forschern bestätigt worden sind, an die Differenzen der Autoren hinsichtlich der Fragen der kriminellen Suggestionen, der Beziehungen der Schlaftiefe zur Suggeribilität, der Wesensverwandtschaft der Hypnose zum Schlafe und zur Hysterie und dergleichen mehr. Es scheint mir, als ob die meisten dieser Differenzen aus dem Wege geräumt werden könnten, wenn man sich gewöhnt, dem Bilde der typischen Somnambulhypnose, wie es oben gezeichnet wurde, die Bilder der abnormen Hypnosen gegenüberzustellen, von denen man, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, eine ganze Reihe von prägnanten Formen aufstellen kann. Ist man sich einmal über die prinzipiellen Unterschiede dieser abnormen Hypnosen von der normalen Somnambulhypnose klar geworden, so wird es dann relativ leicht sein, die quantitativen Abweichungen und Übergangsstufen aufzuzeigen, die zwischen den beiden Gruppen naturgemäß vorhanden sind.

Wenn man in diesem Sinne als wesentlichste Charakteristika der normalen Somnambulhypnose die unbeschränkte Suggeribilität und das Fehlen spontaner Erscheinungen innerhalb der Hypnose, sowie die Möglichkeit eines prompten Erweckens und das durch geeignete Suggestionen stets zu erzielende absolute Wohlbefinden nach der Hypnose ansieht, so weichen die abnormen Somnambul-

hypnosen in allen diesen Punkten mehr oder weniger stark von der normalen Hypnose ab. Ich habe im Laufe der Jahre vier ausgeprägte Typen der abnormen Somnambulhypnose kennengelernt, deren Bilder ich hier, der praktischen Bedeutung des Gegenstandes halber, etwas ausführlicher zeichnen will, zumal die Literatur bisher nur wenig von diesen Dingen aufweist:

1. Die Autosuggestivhypnose. Sie ist ausgezeichnet durch das Überwiegen der Autosuggestionen gegenüber den Fremdsuggestionen in der Hypnose. Wie wir gesehen haben, spielen die Autosuggestionen in der normalen Somnambulhypnose nur eine untergeordnete Rolle. Es kommt zwar vor — und die häufig zu beobachtende Dressur der Hypnotisierten beruht auf dieser Erscheinung — daß die Hypnotisierten auch in der normalen Somnambulhypnose scheinbar spontan oder infolge von Autosuggestionen Phänomene darbieten, die sonst nur suggestiv zu erzielen sind. Ich erinnere z. B. an die Analgesie, Automatie, Katalepsie, an den Isolier-Rapport und viele andere Erscheinungen. Allein es ist unschwer einzusehen, daß es sich hier in Wirklichkeit und im letzten Grunde doch nur um larvierte Fremdsuggestionen handelt, insofern die Versuchspersonen den Wunsch des Hypnotiseurs erraten oder frühere Suggestionen gewohnheitsmäßig wiederholen. Dementsprechend gelingt es leicht, durch eine veränderte Redaktion der Suggestionen diese Phänomene umzugestalten. Ganz anders in der Autosuggestivhypnose. Hier treten Autosuggestionen auf, die nicht nur der Absicht des Hypnotiseurs nicht abgelauscht sind, sondern ihr im Gegenteil zuwiderlaufen und sie durchkreuzen. Und während der Widerstand, den eine normale Somnambulhypnotische den Suggestionen des Hypnotiseurs etwa entgegensetzt, weil ihr Affektleben dadurch peinlich berührt wird, durch zweckmäßige und energische Suggestionen leicht beseitigt werden kann, erweist sich in der Autosuggestivhypnose der Wille der Versuchsperson unter Umständen den Befehlen des Experimentators

gegenüber als überlegen. Freilich nur unter besonderen Umständen: nämlich nur in bezug auf diejenigen Erscheinungen, auf die die Versuchsperson bereits vor der Hypnose sich autosuggestiv beeinflußt hat. Auf diese Weise kommt ein sehr merkwürdiges Bild einer Somnambulhypnose zustande, das bei jedem Uneingeweihten mit unfehlbarer Sicherheit den Eindruck der Simulation und der Komödie erweckt. In der ersten Hypnose z. B. verhalten sich solche Versuchspersonen völlig gleich denjenigen in der normalen Somnambulhypnose, indem sie alle, auch halluzinatorische und posthypnotische Suggestionen restlos realisieren. In den folgenden Hypnosen dagegen verweigern die Personen die Ausführung derjenigen Experimente, von denen sie vorher Kenntnis erlangt haben und auf die sie sich ausdrücklich vor der Hypnose autosuggestiv vorbereitet haben. Bisher unbekannte und unerwartete Experimente gelingen dagegen auch in den späteren Hypnosen, bis schließlich die Personen sich autosuggestiv gegen fast jedes Experiment widerstandsfähig machen. Man erhält dann z. B. auf die Suggestion: „Ihr rechter Arm wird jetzt vollständig steif werden," die spöttische Antwort: „Ach nein, er wird nicht steif werden; ich mache keine Experimente." Oder, ich gebe der Hypnotisierten, die im übrigen den Eindruck der tiefsten Somnambulhypnose macht, ein Stück Papier mit der Suggestion, es sei eine Tafel Schokolade. Die Versuchsperson lacht und sagt: „Das ist ein Stück Papier; ich habe ganz genau vorher gewußt, daß Sie dieses Experiment wieder machen würden, aber ich habe mir fest vorgenommen, nicht mehr darauf hereinzufallen." Trotz dieses autosuggestiven Widerstandes gelingt es unter besonderen Bedingungen, Fremdsuggestionen mit Erfolg zu realisieren. Meine Erfahrungen hierüber haben folgendes ergeben: Einfache motorische Suggestionen, z. B. Kontrakturen und Lähmungen, gelingen in typischer Weise trotz längeren autosuggestiven Sträubens der Versuchspersonen, wenn man wiederholt und sehr energisch sugge-

riert oder die Hypnotisierte durch schroffes Auftreten einschüchtert; doch kann die Dauer dieser Phänomene von der Hypnotisierten willkürlich abgekürzt werden, sobald der Hypnotiseur in der Energie des Suggerierens nachläßt. Halluzinatorische Suggestionen gelingen, falls die Versuchsperson Gelegenheit gehabt hat, sich autosuggestiv dagegen zu wappnen, nur dann, wenn man das Bild der suggerierten Halluzination mit neuen, unerwarteten assoziativen Mittelgliedern ausstattet, die der Versuchsperson überraschend kommen; oder aber, wenn man die Hypnotisierte bei irgend einer harmlosen Gelegenheit plötzlich damit überrumpelt. Z. B.: Als ich eine autosuggestivhypnotische Versuchsperson das erstemal in einen Hund verwandelte, realisierte sie diese Suggestion ohne weiteres, indem sie auf allen Vieren im Zimmer umherhopste und bellte. Bei dem nächsten Besuche beklagt sich die Versuchsperson über dieses unwürdige Experiment, von dem ihr die im Wartezimmer anwesenden Patienten Mitteilung gemacht hätten. Sie versichert, daß sie sich fest vorgenommen habe, niemals mehr in der Hypnose dieses oder ein ähnliches Experiment auszuführen. In der darauffolgenden Hypnose antwortet sie auf den Versuch, sie in einen Hund zu verwandeln, unwirsch: „Ich bin kein Hund.“ Darauf suggeriere ich plötzlich und in möglichst dramatischer Tongebung: „Aber Sie fühlen doch deutlich, wie Ihr Kopf sich nach vorn verlängert, wie die Nase feucht und kalt wird, wie die schwarzen Zotten an ihrem ganzen Körper herunterhängen, wie die Glieder zusammenschrumpfen, wie der Körper auf alle vier Gliedmaßen hinfällt und Sie schweifwedelnd im Zimmer umherlaufen und knurren.“ Die Suggestion realisiert sich sofort. Ein anderes Beispiel: Die Versuchsperson, die einem Kreise von Ärzten demonstriert werden soll, verweigert in der Hypnose jede Fremdsuggestion, so daß der Versuch als aussichtslos aufgegeben und die Hypnotisierte dem Schlafe überlassen wird. Plötzlich klagt die Versuchsperson spontan über heftigen Durst und bittet um Wasser. Ich

reiche ihr einen Bleistift mit der Behauptung, es sei ein Glas Wasser. Sie verweigert zuerst die Annahme und erklärt dann nach dem Betasten, das sei ein Bleistift, indem sie darauf hinweist, ich hätte gar kein Trinkwasser in meinem Sprechzimmer. Ich erwidere: „Nun ich sehe ja, daß ich Sie nicht betrügen kann; ich werde also hinausgehen und Ihnen von der Wasserleitung ein Glas frisches Wasser holen.“ Ich gehe tatsächlich hinaus und kehre zurück mit einer Stimmgabel, die ich der Versuchsperson als ein Glas Wasser überreiche. Die Person nimmt die Stimmgabel an, setzt sie an den Mund und trinkt daraus das vermeintliche Wasser in vollen Zügen, indem sie seine Kälte rühmt und ihren Durst dadurch für gelöscht erklärt. Es ist leicht verständlich, von wie hoher praktischer und theoretischer Bedeutung derartige Beobachtungen sind, besonders wenn man sie mit dem Bilde einer typischen normalen Somnambulhypnose in Parallele setzt. Indessen sind dies nicht die einzigen Abweichungen von der Norm, die die Autosuggestivhypnose darbietet. Wir beobachten außerdem spontane Erscheinungen in einer solchen Hypnose, wie sie in der normalen Somnambulhypnose nicht vorkommen. Die Versuchsperson bewegt sich aus freien Stücken, ändert unruhig ihre Lage, träumt laut von Dingen, die ihre Seele gerade beschäftigen, und unterhält sich spontan mit den Personen, die ihre eigenen Traumbilder ihr vorgaukeln. Ja, sie erwacht sogar plötzlich spontan, ohne daß irgend eine Veranlassung dafür ausfindig zu machen wäre. In anderen Fällen erklärt sie bei dem Versuche, sie zu erwecken, sie wolle noch weiter schlafen, bis es gelingt, durch gütliches Hin- und Herparlamentieren mit ihr einen nicht allzu fernen Zeitpunkt zu verabreden, wo sie sich die Augen zu öffnen herbeiläßt. Nach der Hypnose ist in solchen Fällen meist kein Wohlbefinden vorhanden wie nach der normalen Hypnose, sondern starke Müdigkeit und Schläfrigkeit, Gähnen, Kopfschmerzen und Benommenheit, Mattigkeit beim Gehen und Schwindelgefühl. Die Schlaftrunkenheit der

Patienten nach einer solchen Autosuggestivhypnose ist nicht selten so groß, daß sie bald nach Beendigung der Hypnose von selbst wieder einschlafen, sei es im Wartezimmer, sei es auf dem Nachhausewege. Es gelingt nur schwer, gegen diese Erscheinungen therapeutisch anzukämpfen, ebenso wie auch sonst die therapeutische Suggeribilität, wenn auch nicht so stark wie die experimentelle, herabgemindert und teilweise von konträren Autosuggestionen durchsetzt ist. Die Autosuggestivhypnose kommt nach meinen Beobachtungen nur bei der Hysterie, und zwar bei den autosuggestiven Formen dieser Erkrankung vor. Es ist ja bekannt, daß die Hysterischen auch außerhalb der Hypnose sich verschieden verhalten, je nachdem sie mehr Fremdsuggestionen oder Autosuggestionen unterliegen. In bezug auf die Intensität der autosuggestivhypnotischen Erscheinungen gibt es offenbar alle möglichen Schattierungen und Übergangsstufen; das oben gezeichnete Bild entspricht der höchsten Ausbildung dieser Phänomene, die ich beobachten konnte.

2. Die abnorme Schlafhypnose. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß durch die hypnosigenen Mittel und Methoden, die wir zur Anwendung bringen, statt der erwarteten Hypnose ein abnormer Schlafzustand eintritt. Daß die Versuchspersonen bei der Hypnotisierung in einen echten natürlichen Schlaf verfallen, kann natürlich jederzeit geschehen, nicht nur bei Hysterischen, sofern die Personen müde sind oder dem Alkohol gefrönt haben oder dergleichen mehr. In einem solchen Schlafzustande, der mit lautem Schnarchen einhergehen kann, sind die Personen selbstverständlich völlig unsuggeribel, sie erwachen gewöhnlich spontan mit einem schreckhaften Ruck und verhalten sich nach dem Erwachen wie jeder normale Schläfer. Tritt das Erwachen nicht spontan ein, so gelingt es meist, durch leichte Berührungen, Reiben der Stirne, stärkeres Anrufen usw. den Schlaf zu beendigen. Von größerem Interesse sind die abnormen Schlafzustände, die in einzelnen Fällen von Hysterie statt der erwarteten

Hypnose eintreten. Hier zeigt sich ein abweichendes Verhalten, insofern die Personen durch die Einleitung der Hypnose in einen Zustand des tiefen bewußtlosen Schlafes verfallen, der genau den pathologischen Schlafzuständen entspricht, die auch spontan bei Hysterischen zur Beobachtung gelangen. Es tritt hierbei ein unruhiges Hin- und Herwerfen ein, charakterisiert durch plötzliche schleudernde Bewegungen des ganzen Körpers; die Schlafenden sind völlig taub gegenüber allen Suggestionsversuchen, sie sind unempfindlich gegen starke, selbst schmerzhafte Reize, sie träumen laut und dramatisch von dem, was ihre Seele bewegt. Das Erwecken ist schwer zu erzielen, da selbst starke Reize lange Zeit keinen Eindruck machen, so daß Stunden darüber vergehen können, bis ein ungeübter Hypnotiseur derartige Personen erweckt; spontanes Erwachen tritt erst nach längerer Zeit ein. Ich habe folgendes Verfahren am geeignetsten gefunden, um abnorme Schlafzustände in möglichst kurzer Zeit, zirka 5—20 Minuten, zu beendigen. Ich halte der schlafenden Versuchsperson eine tönende Stimmgabel so lange dicht ans Ohr, bis Abwehrbewegungen des Kopfes anzeigen, daß das Gehör als das zuletzt einschlafende Sinnesorgan wieder erwacht ist. Sodann gebe ich mit lauterer Stimme als sonst einige Suggestionen, unter die ich zweckmäßigerweise auch einige therapeutische Suggestionen einschalte, und vollende schließlich das Erwecken durch leichte rhythmische Traktionen der oberen Augenlider, bis die Augen spontan geöffnet werden. Nach einer derartigen abnormen Schlafhypnose können hysterische Zufälle aller Art eintreten, wenn die Personen vorher sich erregt hatten; die Regel bildet ein Wohlbehagen, das dem Befinden nach jedem tieferen Schlafe entspricht. Forscht man genauer nach, so findet sich, daß solche Hystericae, die eine abnorme Schlafhypnose darbieten, auch spontan gelegentlich, besonders nach großen Aufregungen, die gleichen abnormen Schlafzustände darbieten, wie sie bei den hypnotischen Versuchen auftreten.

3. Das hysterische Hypnoid. Der Name, der ursprünglich von Freud und Breuer in etwas anderem Sinne eingeführt wurde, der sich aber bisher in der Literatur kaum eingebürgert hat, soll bedeuten, daß in diesen Fällen durch die hypnosigenen Maßnahmen statt der normalen Hypnose mehr oder minder schwere hysterische Störungen eintreten. In den leichteren Fällen dieser Art beschränken sich die Störungen auf ein hysterisches Zittern, verbunden mit Angstzuständen, Herzklopfen, Schluchzen und dergleichen, Zufälle, die vom Versuche der Hypnotisierung bald Abstand nehmen lassen. In anderen Fällen tritt zunächst eine wirkliche Hypnose ein; aber in dieser Hypnose zeigen sich allerhand hysterische Störungen wie die eben angeführten, nicht selten auch erotische Erregungszustände, die nicht immer leicht zu bannen sind. Immerhin ist in diesen Fällen eine partielle Suggeribilität erhalten. In den schwersten Fällen des hysterischen Hypnoids dagegen ist die Suggeribilität völlig erloschen. Statt der Hypnose tritt ein typischer hysterischer Anfall von schwerster Form ein: kataleptische und lethargische Zustände mit Bewußtseinsverlust und tiefer Analgesie, klonische Zuckungen, Schrei- und Weinkrämpfe, arc de cercle, attitudes passionelles und delirante Phasen treten in mannigfachen Variationen auf und bieten das mehr oder minder vollständige Bild des von Charcot gezeichneten „großen hysterischen Anfalls". Die Dauer dieser Anfälle ist verschieden, meist ziemlich lang. Das Erwecken geschieht nach meinen Erfahrungen am besten unter Vermeidung stärkerer Reize in der Form, die ich bei der abnormen Schlafhypnose geschildert habe. Nach dem Erwecken besteht absolute Amnesie und schlechtes Allgemeinbefinden; fast stets wiederholen sich die hysterischen Attacken spontan mehrmals hintereinander, wobei die Personen, wie vom Blitz erschlagen, hinfallen und sich schwere Verletzungen zuziehen können. Die Gefahr derartiger Vorkommnisse liegt ebenso auf der Hand wie ihre hypnotherapeutische Aussichtslosigkeit. Die Beob-

achtung der hysterischen Hypnoidzustände weist eine frappante Ähnlichkeit mit den Charcotschen Schilderungen des „grand Hypnotisme" auf, die sich ja, wie diese, auf Fälle von Hysteria gravis beziehen. Nur handelt es sich, was Charcot übersehen hat, um relativ seltene, abnorme Ausnahmezustände, die mit der normalen Somnambulhypnose nichts zu tun haben.

4. Die spontane Somnambulie in der Hypnose. Die in diese Gruppe der abnormen Somnambulhypnosen gehörigen Zustände sind in der Literatur bereits mehrfach von anderer Seite, von Freud und Breuer, Brügelmann, Stadelmann, Loewenfeld und am ausführlichsten von Vogt beschrieben worden. Hier tritt in einer zunächst anscheinend normalen Hypnose, deren Suggeribilität allerdings meist partiell herabgesetzt ist, mehr oder weniger plötzlich ein zirkumskripter, spontaner, gewöhnlich erotisch gefärbter Erregungszustand auf, in dem die Personen an ein häufig weit zurückliegendes Ereignis anknüpfen, das ihre Seele früher stark erregt und erschüttert hat. Eine Patientin dieser Art, die ich selbst beobachtet habe, halluzinierte in diesem Erregungszustande lebhaft von ihrem früheren Bräutigam und führte dabei äußerst dramatische Szenen auf, in denen stets die gleichen Vorwürfe, Bitten und Beschwörungen wiederkehrten. Sie umklammerte dabei den Hypnotiseur als ihren vermeintlichen Bräutigam und beschwor ihn mit heißen Tränen, sie nicht von ihm zu lassen und dergleichen mehr. Nach einer derartigen spontanen Somnambulie in der Hypnose tritt zuerst spontane Amnesie ein, die sich aber nach öfteren Wiederholungen verliert. Die gleichen Erregungszustände treten gelegentlich auch im nächtlichen Schlafe während des Träumens ein. Nach einer solchen Hypnose zeigt sich stets Übelbefinden, meist Schwindel; nicht selten tritt kurze Zeit nach Aufhebung der Hypnose eine spontane Rekapitulation der ganzen Vorgänge mit schweren hysterischen Erscheinungen ein. Der Inhalt des hypnotischen Traumes bleibt stets der

gleiche; nie träumen diese Patienten von Dingen, die gegenwärtig etwa noch so lebhaft ihre Seele beschäftigen, sondern stets von dem gleichen Erlebnis, das offenbar in ihrem Seelenleben den größten Raum einnimmt und das sich, um einen Ausdruck von Freud und Breuer zu gebrauchen, vorher offenbar im Zustande des „eingeklemmten Affektes" befand. Was die Hervorrufung und Beendigung des spontanen Erregungszustandes in der Hypnose anbetrifft, so habe ich die Beobachtung gemacht, daß die Erregung nur auftritt, wenn man die Patientin physisch, z. B. durch Auflegen der Hand auf die Stirn, berührt, niemals dagegen bei bloßer verbaler Suggestion aus einiger Entfernung. Ebenso verliert sich die Erregung nach wenigen Minuten, sobald die Berührung der Patientin aufhört. Vermeidet man von vornherein jede Berührung der Patientin, so kommt eine oberflächliche Hypnose zustande, in der eine Verminderung der Suggeribilität, eventuell auch leises, unruhiges Träumen und spontanes Erwachen konstatiert werden kann. Während des Erregungszustandes selbst ist die Suggeribilität nicht völlig aufgehoben. Aber es gelingt nur dann, Suggestionen zur Realisierung zu bringen, wenn sich der Hypnotiseur in die Rolle der halluzinierten Traumperson fügt und als solcher seine Suggestionen formuliert. Auch diese Form der abnormen Somnambulhypnose wird nur bei Hysteria gravis beobachtet.

Fassen wir die voraufgehenden Schilderungen der abnormen Abarten der Somnambulhypnose noch einmal kurz zusammen, so finden wir, daß alle charakteristischen Formen derselben ausschließlich bei Hysterischen beobachtet werden. Sie zeigen eine weitgehende Übereinstimmung der hypnotischen und der spontanen hysterischen Erscheinungen des betreffenden Falles. Die hauptsächlichsten Veränderungen gegenüber der normalen Somnambulhypnose bestehen in einer Verminderung oder Aufhebung der Suggeribilität, in dem Auftreten spontaner Erscheinungen in der Hypnose, in der Erschwerung des

Erweckens und in dem fast ausnahmslosen Vorhandensein posthypnotischer Störungen des Wohlbefindens. Was die aufgestellten Typen selbst anbelangt, so soll noch einmal betont werden, daß diese nur die voll entwickelten Zustandsbilder darstellen, die im übrigen in mannigfachen Abstufungen und Übergängen aus der normalen in die abnorme Somnambulhypnose, sowie aus einer Form der abnormen Hypnose in die andere zur Beobachtung gelangen.

13. Die Hypnotisierbarkeit.

Der Frage: Wer ist hypnotisierbar? hat man von jeher eine große Bedeutung beigelegt, sobald man anfing, den Hypnotismus therapeutisch zu verwenden. Doch sind die Gesichtspunkte, von denen aus in der Literatur eine Beantwortung dieser Frage von den verschiedenen Autoren gegeben wird, nach meiner Meinung heute nicht mehr stichhaltig.

Wenn man absieht von dem äußeren oder inneren Widerstande der Personen, sowie von den mannigfachen konträren Autosuggestionen, die das Zustandekommen einer Hypnose verhindern können, so sind die Autoren im allgemeinen darüber einig, daß besondere physische oder psychische Merkmale nicht angeführt werden können, die eine größere Hypnotisierbarkeit zur notwendigen Folge haben. Im allgemeinen gelten allerdings intelligente, konzentrationsfähige Personen von nachgiebigem, an Gehorsam gewöhntem Charakter für besser geeignet als nervöse, hypochondrische, eigenwillige und skeptische Personen; Kinder und Soldaten sollen am leichtesten hypnotisierbar sein. Preyer und v. Schrenck-Notzing halten die Disposition zur Hypnose abhängig von der Ermüdbarkeit der betreffenden Personen. Max Hirsch weist darauf hin, daß die Technik und die Persönlichkeit des Hypnotiseurs maßgebend sei für die Zahl der von ihm hypnotisierbaren Patienten. Bramwell studierte die Frage, ob es leichter sei, gesunde oder nerverkranke Personen in Hypnose zu bringen, an einem größeren Materiale.

Er fand, daß von 100 nervengesunden Personen kein einziger sich refraktär erwies; 12 wurden leicht, 40 mitteltief, 48 somnambul-hypnotisch. Es zeigten sich 92 Erfolge beim ersten Male, während bei den anderen höchstens vier Versuche notwendig waren. Bei 100 anderen Personen dagegen, die ausnahmslos schwer nervenkrank waren, fand sich folgendes prozentuale Verhältnis: refraktär waren 23, leicht hypnotisiert wurden 35, mitteltief 13, somnambul 29. Von dieser Gruppe wurden 51 beim ersten Male hypnotisiert, während die höchste Versuchszahl 15 betrug.

Der Prozentsatz der schwer oder gar nicht hypnotisierbaren Personen wird von Liébeault auf 5%, von Bernheim auf 10% seiner Versuchspersonen angegeben. Binswanger erzielte Hypnosen in 50% seiner Versuche, Vogt in 100%. Wetterstrand sah bei Versuchen an 3148 Personen im Zeitraum von 3 Jahren nur 97, Forel unter 265 nur 34, Ringier unter 210 nur 12 Mißerfolge. Van Renterghem und van Eeden berichten über 1089 Fälle, die in ihrer ausschließlich der Psychotherapie gewidmeten Klinik in Amsterdam behandelt wurden. Von diesen verhielten sich 5,33% der Hypnose gegenüber refraktär; 42,78% kamen in leichten Schlaf; 40,87% in mitteltiefen Schlaf; 11,61% wurden somnambul. Von den Behandelten waren 529 Männer, 560 Frauen; es wurden alle Krankheiten ohne Unterschied aufgenommen.

Von besonderem Interesse scheinen mir die Angaben der Autoren über die Zahl der leicht hypnotisierbaren bzw. somnambulhypnotischen Personen. Die Angaben lauten: bei van Renterghem 11%, Liébeault 12%, Wetterstrand 13%, Bernheim 15—18%, Forel 23%, v. Schrenck-Notzing 29%, Hilger 32%, Vogt 83%

Was meinen eigenen Standpunkt anbetrifft, so bin ich aus mehreren Gründen nicht in der Lage, zahlenmäßige Angaben über den Prozentsatz der hypnotisierbaren Personen zu machen. Zunächst halte ich die oberflächliche und mitteltiefe Hypnose der Autoren überhaupt nicht für einen spezifischen hypnotischen Zustand. Ich

sehe deshalb nicht ein, warum nicht jeder Mensch, der sich dazu herbeiläßt, in einen solchen Zustand sollte versetzt werden können. Dabei hängt es von dem Entgegenkommen und der Intelligenz der Versuchspersonen, sowie von der Geschicklichkeit des Hypnotiseurs ab, welche mehr oder minder imposanten Phänomene sich in diesem Zustande verwirklichen lassen. Die Art des Zustandekommens dieser Phänomene ist jedenfalls, wie ich später darlegen werde, prinzipiell verschieden von derjenigen in den spezifischen Hypnosen. Ich kann deshalb nur sagen, daß es mir in meiner eigenen Erfahrung noch stets gelungen ist, bei den Personen, bei denen ich eine Indikation für vorliegend erachtete, mindestens einen pseudohypnotischen Zustand herbeizuführen, der als Grundlage suggestiv- bzw. psychotherapeutischer Beeinflussungen sich nützlich erwies. Auf die Realisation experimenteller Phänomene verzichte ich allerdings grundsätzlich bei der Behandlung meiner Kranken.

Anders steht es um die Somnambulhypnose, die ich allein als eigentliche, spezifische Hypnose betrachte. Auch hier habe ich es stets vermieden, mich durch den Versuch experimenteller Suggestionen von dem Bestehen einer spezifischen Alteration des Seelenlebens der Kranken zu überzeugen. Trotzdem glaube ich aus gewissen Merkmalen, die sich auf das Verhalten der Versuchspersonen in der Hypnose, auf ihre Angaben nach der Hypnose usw. gründen, mit ziemlicher Sicherheit darauf schließen zu können, ob eine wirkliche oder scheinbare Hypnose vorgelegen hat. So habe ich den Eindruck gewonnen, daß schätzungsweise etwa 10—15% meiner Versuchspersonen in Somnambulhypnose verfielen, während alle anderen mehr oder minder oberflächlich beeinflußt blieben. Selbstverständlich muß dieser Prozentsatz erheblichen Schwankungen unterliegen, je nach der Art des Krankenmaterials, mit dem man es zu tun hat.

In dieser Beziehung bin ich im Laufe der Jahre zu einer Überzeugung gekommen, die von den Ansichten der

meisten und auch der angesehensten Forscher auf diesem Gebiete erheblich abweicht. Während fast alle anderen Autoren angeben, daß durchgehende spezifische Merkmale physischer oder psychischer Natur bei den Personen vermißt werden, die in Somnambulhypnose geraten, so daß also unter Umständen jeder beliebige Gesunde in diesen Zustand gebracht werden kann, bin ich allmählich immer mehr zu der Überzeugung gekommen, daß die echten hypnotischen Phänomene — ähnlich, wie dies ja auch Charcot früher angenommen und Schaffer noch kürzlich bestätigt hat — auf einer pathologischen Dissoziabilität der neuropsychischen Konstitution beruhen. Eine derartige Dissoziabilität finden wir aber in erster Reihe bei Hysterischen, die infolgedessen das weitaus größte Kontingent zu den Somnambulhypnosen stellen; in zweiter Reihe bei den chronischen Vergiftungen des Nervensystems durch Alkohol, Morphium, Opium, Kokain, Chloralhydrat, Chloroform, Äther usw., sowie bei einzelnen Formen der traumatischen Neurose, die ja ebenfalls außerordentlich hysterieähnliche Bilder darbieten können.

In dieser Überzeugung haben mich auch die gegenteiligen Ausführungen anerkannter Neurologen nicht wankend machen können. Wenn z. B. Nonne (1889) entgegen Binswanger behauptete, daß er die besten Erfolge bei Nervengesunden erzielt habe, so scheint mir doch aus seinen eigenen Krankengeschichten hervorzugehen, daß er meist an typischen Hysterikern operiert hat. Auch die Erfahrungen des Krieges, in dem die Hypnotherapie merkwürdigerweise einem größeren Interesse begegnet als zuvor, scheinen mir in diesem Sinne zu sprechen. Die von Lewandowsky, Böttcher, Trömner, Zahn u. v. a. erzielten hypnotisch-suggestiven Heilerfolge betreffen ausschließlich hysterische Krankheitserscheinungen, die bei Soldaten im Felde durch physische oder psychische Erschütterungen entstanden waren. Und selbst Nonne, der im jetzigen Kriege warm für die Anwendung des Hypnotismus bei der militärärztlichen Behandlung ge-

eigneter Kranker eingetreten ist, empfiehlt (1917) die Suggestivtherapie hauptsächlich für Fälle von Kriegshysterie, die sich in den mannigfachsten Formen als Monoparalyse, Hemiparalyse, Paraplegie, klonische und tonische Krämpfe der verschiedensten Art und in den verschiedensten Körperteilen, Dysbasie und Abasie, Aphonie, Mutismus, spastisches Stottern sowie Tremor verschiedenster Art bis zum ausgesprochenen hochgradigen und allgemeinen Schütteltremor, endlich als Anästhesie und Taubheit äußert.

An völlig Nervengesunden lassen sich gewiß auch hypnotische Phänomene hervorrufen, die den Eindruck spezifischer Alterationen erwecken. Aber ich habe noch stets gefunden, daß es sich hierbei meist um mehr oder weniger vereinzelte Phänomene handelte, bei deren Zustandekommen andere Faktoren als in der spezifischen Hypnose mitwirkten. Z. B. ein fanatischer Wunderglaube oder eine schwachsinnige Leichtgläubigkeit, wie wir sie ähnlich meist bei Spiritisten antreffen; ferner der lebhafte Wunsch, die betreffenden Phänomene zu realisieren, der zuletzt zu einer Art willkürlicher Dressur führte; endlich eine hochausgebildete Technik des Hypnotiseurs, mittels deren er das Seelenleben der Versuchspersonen in einem Momente der Überraschung, der Angst oder Furcht zu kaptivieren vermochte und dergleichen mehr. Dazu kommt, daß in vielen Fällen, die als völlig nervengesund angesprochen werden, durch exakte neurologische Anamnese und Untersuchung eine genuine Hysterie mit Sicherheit nachgewiesen werden kann, wie ich nicht selten erlebte, wenn mir von anderer Seite angeblich nervengesunde Somnambule zugeführt wurden. Freilich ist hierbei für die Diagnose der Hysterie nicht das momentane subjektive Befinden der Personen, sondern ausschließlich der Nachweis der bekannten funktionellen Veränderungen an den Sinnesorganen, sowie das Vorkommen der als unzweifelhaft hysterisch anerkannten Störungen in der Anamnese maßgebend. Wenn man an diesen Gesichts-

punkten festhält, so wird man zugeben müssen, daß die spezifischen hypnotischen Phänomene in ihrem ganzen Umfange ausschließlich bei den oben angeführten Krankheitsgruppen zur Beobachtung gelangen.

Daß die abnormen Hypnosen nur bei Hysterischen vorkommen, habe ich bereits früher erwähnt. Der Prozentsatz ihres Auftretens ist nach meiner Erfahrung ein recht erheblicher: ich sah unter den Hysterischen, die ich hypnotisiert habe, schätzungsweise zirka 50% refraktär oder oberflächlich beeinflußt, 25% normal somnambulhypnotisch werden, während der übrigbleibende Teil der Fälle verschieden ausgeprägte abnorme Somnambulhypnosen darbot. Durch diese Tatsache wird die Prognose der Hypnotherapie bei der Hysteria gravis sehr getrübt, wie dies auch v. Krafft-Ebing in den letzten Jahren zugegeben hat.

Über die Disposition der Kinder zu hypnotischen Versuchen haben Tyko Brunnberg, Bourdon und vor allem Bérillon enthusiastische Angaben gemacht, die der Kritik nicht standgehalten haben. Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß bei Kindern prinzipiell die gleichen Gesichtspunkte in Frage kommen, wie ich sie soeben für die Erwachsenen ausgeführt habe; wenn auch zugegeben werden muß, daß die pseudohypnotischen Phänomene bei Kindern im allgemeinen ansehnlicher und imposanter ausfallen als bei Erwachsenen, weil die Erscheinungen der Dressur, des blinden, unmotivierten Gehorsams, der emotionellen Beeinflussung usw. bei Kindern naturgemäß stärker ausgeprägt sind.

Die Hypnotisierbarkeit der Geisteskranken ist früher von A. Voisin, neuerdings von Paul Farez zum Gegenstande eingehender Versuche gemacht worden. Die Angaben Voisins können auf Berücksichtigung keinen Anspruch erheben, weil man schon aus der Schilderung seiner Krankengeschichten den Eindruck gewinnt, daß es sich wohl ausschließlich um Hysterische gehandelt habe. Die Behauptungen von Paul Farez, der Geisteskranken wäh-

rend des natürlichen Schlafes erfolgreich Suggestionen erteilt haben will, stehen völlig isoliert da. Sie widersprechen meinen persönlichen Erfahrungen ebenso, wie meinen oben dargelegten theoretischen Anschauungen. Von hysterischen Psychosen abgesehen, die unter Umständen ein außerordentlich geeignetes Objekt der hypnotischen Behandlung bilden, halte ich die Hypnotisierung der Geisteskranken für kontraindiziert, geradeso wie dies in der älteren amerikanischen Psychiatrie bereits von Galt, Mitchell u. a. festgestellt worden ist.

14. Die Tierhypnose.

Anhangsweise möchte ich, um die Phänomenologie des experimentellen Hypnotismus zu vervollständigen, mit einigen Worten auf die Tierhypnose eingehen.

Die ersten Daten über diesen Gegenstand finden sich bei Daniel Schwenter 1636, der in seinen „Deliciae physicomathematicae" u. a. die Hypnose der Hühner beschreibt. Bekannter ist das „experimentum mirabile", das der Jesuitenpater Athanasius Kircher 1646 in seiner „Ars magna lucis et umbrae" mitteilt: eine Henne, deren Beine zusammengebunden sind, wird auf den Boden niedergelegt und so lange festgehalten, bis sie aufgehört hat, sich zu sträuben. Alsdann zieht man von jedem ihrer Augen in querer Richtung einen Kreidestrich, worauf das Tier auch nach Lösung der Fessel längere Zeit regungslos liegenbleibt. Joh. Nepom. Czermak studierte diese Erscheinung 1872 genauer an Hühnern, Enten, Kanarienvögeln u. a., und stellte fest, daß es zur Herbeiführung des hypnotischen Zustandes genügte, die Tiere mit den Händen festzuhalten und ihren Kopf und Hals leicht gegen die Unterlage zu drücken. Noch besser gelang es ihm, den Zustand zu erzielen, wenn er den Tieren einen kleinen Gegenstand, z. B. ein Holzreiterchen, ein Stückchen Wachslicht oder dergleichen zur Fixation auf der Schnabelwurzel befestigte. Bald darauf stellte Preyer fest, daß es sich bei diesen Phänomenen durchaus nicht

um einen hypnotischen Zustand handele, sondern um eine Art Schreckwirkung, die Preyer als Kataplexie bezeichnet. Die dabei zu beobachtenden Erscheinungen, wie Zittern der Extremitäten, beschleunigte Atmung und Herztätigkeit usf. wurden von ihm als Wirkungen der Angst gedeutet. Seitdem wurden Hypnotisierungsversuche an einer großen Reihe verschiedener Tiere von zahlreichen Autoren angestellt: Hühner, Meerschweinchen, Schlangen, junge Krokodile, Pferde, Löwen, Elefanten, Fische, Krebse und Frösche wurden in diesen Zustand versetzt, wobei die meisten Autoren an der von Preyer gegebenen Erklärung festhielten. Andere dagegen, wie Forel, Danilewsky, Loewenfeld, Rieger u. a. glauben, daß es sich doch um echte hypnotische bzw. suggestive Phänomene handele, da zahme Tiere sehr leicht und schnell in den Zustand der kataleptischen Gliederstarre gebracht werden können, ohne daß irgendwelche Zeichen von Angst dabei wahrnehmbar wären.

Ich bin nach eigenen Versuchen der Meinung, daß es sich bei der sog. Hypnose der Tiere entweder um Wirkungen der Furcht oder um Wirkungen des Gehorsams und der Dressur handelt, keinesfalls aber um eigentliche hypnotische Erscheinungen. In neuester Zeit hat übrigens Verworn die Frage physiologisch geprüft und gefunden, daß für das Zustandekommen der Bewegungslosigkeit der Tiere zwei Faktoren wesentlich sind: die tonische Erregung des zerebalen Lagereflexgebietes und die Untätigkeit der motorischen Großhirnrindenzone, welche sich im Ausfall der spontanen Impulse zum Aufstehen äußert. Verworn fand, daß der Körper der Tiere für bestimmte Lagen stets die gleiche charakteristische Haltung, nämlich die des Lagekorrektionsreflexes hat, welcher die Überführung der betreffenden Lage in die normale Körperlage bewirkt. Die am Reflex beteiligten Muskeln sind hierbei im Zustande tonischer Kontraktur; die Erscheinungen zeigen sich auch bei Tieren, die des Großhirns beraubt sind. In ähnlicher Weise erklärt

Mangold (1916) die tierische Hypnose ebenso wie die menschliche für eine physiologische Zustandsänderung, die beim Menschen durch psychische, beim Tiere durch mechanische Beeinflussung ausgelöst wird. Es entsteht auf diese Weise eine Hemmung der spontanen Ortsbewegung und Lageverbesserung, ein schlafähnlicher Zustand mit charakteristischer Veränderung des Muskeltonus und der Sinnestätigkeit. Nach Babák (1916) handelt es sich bei dem hypnoiden Zustand der Fische um eine Instinkthandlung, die als Schutzvorrichtung zur Erhaltung des Lebens vor feindlichen Angriffen aufzufassen ist.

Kapitel III.

Praktische Hypnotherapie.

Der wesentlichste allgemeine Gesichtspunkt, der die moderne Hypnotherapie beherrscht oder doch wenigstens beherrschen sollte, ist m. E. die Erkenntnis, daß zwischen den Phänomenen des experimentellen und des therapeutischen Hypnotismus eine prinzipielle Scheidung, eine unüberbrückbare Kluft besteht, mit deren Anerkennung die wissenschaftliche Bedeutung der Hypnotherapie steht und fällt.

Der hypnotische Experimentator sucht in jedem Falle möglichst tiefe Hypnosen herbeizuführen, um die in ihnen auftretenden Erscheinungen möglichst charakteristisch hervorrufen und studieren zu können.

Der hypnotische Therapeut kümmert sich weder um die Tiefe der Hypnose, noch um das Auftreten spezifischer hypnotischer Phänomene. Er begnügt sich mit dem durch blande hypnosigene Methoden eintretenden hypnotischen Zustand, gleichviel ob dieser ein pseudohypnotischer oder ein spezifischer Zustand ist, ohne irgendwelche experimentellen Prüfungen dieses Zustandes vorzunehmen. Ihm ist die Hypnose nichts anderes als ein indirektes Mittel, um wissenschaftliche Psychotherapie zu treiben, keinesfalls aber ein mystischer Vorgang, um dem Kranken zu imponieren und seine Phantasie auf Bahnen zu lenken, die mit der Heilung seiner Krankheit in keinem Zusammenhange stehen.

Die im vorangehenden Kapitel behandelte Phänomenologie des experimentellen Hypnotismus ist daher theoretisch wohl notwendig, um das Verständnis der therapeutischen Leistungen und Indikationen des Hypno-

tismus zu erleichtern. Für die praktische Ausübung der Hypnotherapie ist sie vollständig bedeutungslos. Ja, ich möchte noch einen Schritt weitergehen und behaupten, daß die Anwendung des experimentellen Hypnotismus in der Therapie fast unter allen Umständen kontraindiziert ist. Man wird an den Erfolgen der spezifisch-hypnotischen Dressur keine dauernde Freude erleben. Ich werde in den folgenden Abschnitten die Hypnose lediglich in diesem Sinne, als eines der geeignetsten Vehikel der Psychotherapie behandeln.

1. Die Vorbedingungen der Hypnotherapie.

Bevor die heute üblichen Methoden des Hypnotisierens beschrieben werden, ist es zweckmäßig, sich über einige Vorbedingungen Rechenschaft zu geben, die für die praktische Anwendung der Hypnotherapie von Bedeutung sind. Diese Vorbedingungen zerfallen in solche a) der Umgebung, b) des Patienten, c) des Hypnotiscurs, d) der räumlichen und zeitlichen Handhabung.

a) Vorbedingungen der Umgebung.

Die Einrichtung des Zimmers, in dem die Hypnotisierung vorgenommen wird, soll, wenn möglich, dem besonderen Zwecke angepaßt sein. Infolgedessen wird es gut sein, alles zu vermeiden, was sonst in den ärztlichen Sprechzimmern erfahrungsgemäß häufig dazu angetan ist, nervöse Personen zu erschrecken, z. B. offen aufbewahrte schneidende Instrumente, große Elektrisiermaschinen, gynäkologische Untersuchungsstühle usw. Statt dessen ist es empfehlenswert, der Einrichtung des Zimmers durch Teppiche, Vorhänge und Kissen, durch harmonische Farbengebung und geeignete Dekorationen einen möglichst behaglichen Anstrich zu geben. Die Beleuchtung sei im allgemeinen etwas gedämpft. Das Tageslicht wird am besten durch geeignete, z. B. orangefarbene Vorhänge abgedämpft. Bei künstlicher Beleuchtung bediene man sich einer durch einen farbigen Lampenschirm verdeckten

Tischlampe oder einer mit rötlichem Zylinder versehenen, nicht zu grellen Gasflamme oder roten Glühbirne. Von großer Bedeutung ist die Ruhe der örtlichen Umgebung; Räumlichkeiten, in die der Straßenlärm oder nachbarliches Klavierspiel, Kindergeschrei oder dergleichen dringt, sind zum Hypnotisieren ungeeignet. Starke Gerüche sollen im Hypnotisierzimmer vermieden werden, da sie leicht bei empfindlichen Personen Kopfschmerzen erregen. Besonders die üblichen ärztlichen Gerüche nach Jodoform, Karbolsäure, Lysol usw. sind ungeeignet; selbst ein milder Parfümduft wird von manchen Kranken als störend empfunden.

b) Vorbedingungen des Patienten.

Wie die Kranken im Tempel des Äskulap zu Epidaurus zunächst gewisse Prozeduren und Vorbereitungen über sich ergehen lassen mußten, ehe sie in das Innere des Tempels zum eigentlichen Tempelschlaf zugelassen wurden, so ist es auch heute noch zweckmäßig, bevor man jemanden hypnotisiert, sich von dem Vorhandensein gewisser, wenn auch wissenschaftlich besser begründeter Vorbedingungen zu überzeugen. Das wichtigste Moment in der Gemütsverfassung, die den Kranken zur erfolgreichen Anwendung der Hypnotherapie disponiert, ist unstreitig das Vertrauen des Patienten; und es muß unser stetes Bestreben sein, diesen, übrigens einer Berechnung nicht zugänglichen Faktor für uns zu gewinnen. Wodurch das heutigentags geschehen kann, abgesehen von der Persönlichkeit und dem Auftreten des Hypnotiseurs, das uns im nächsten Abschnitt beschäftigen wird, ist unschwer zu sagen: die sorgfältige Untersuchung, die wir dem Patienten angedeihen lassen, und die darauf gegründete günstige Prognose sind so ziemlich die einzigen brauchbaren Mittel, die zu diesem Zwecke wissenschaftlich in Betracht kommen. Die Untersuchung des Kranken soll deshalb eine besonders sorgfältige und dem bestimmten Zwecke speziell angepaßte sein. Man wird sich nicht

darauf beschränken dürfen, die ärztlich unbedingt notwendigen, zur Sicherung der Diagnose eben ausreichenden Fragestellungen und Untersuchungen vorzunehmen, sondern man wird der Anamnese des Kranken einen wesentlich breiteren Raum gewähren als üblich, und vor allem auch auf diejenigen subjektiven Zusammenhänge und Erklärungsversuche eingehen, die dem Patienten als wichtig und wertvoll erscheinen, auch wenn sie es in Wirklichkeit nicht sind. Der Patient muß den Eindruck gewinnen, daß der Arzt für sein Leiden genügend Zeit und Interesse hat. Der Kranke darf nichts von dem, was ihm bedeutsam erscheint, auf dem Herzen zurückbehalten. Sodann wird man in jedem Falle eine eingehende Untersuchung sämtlicher Funktionen des Nervensystems anschließen, auch wenn die Diagnose des Krankheitsbildes schon vorher feststehen sollte, zumal eine solche Untersuchung auch für die Beurteilung der Hypnotisierbarkeit des Kranken von gewissem Werte ist. Endlich wird man in der Lage sein, nach sorgfältiger Untersuchung dem Patienten die Heilbarkeit seines Leidens zu versichern und eine günstige Prognose zu stellen, sofern die Art des Leidens hierzu berechtigt. Dies aber wird fast stets der Fall sein, da die Hypnotherapie infolge der Eigenart ihrer Heilfaktoren, wie wir sehen werden, im Grunde nur für solche Erkrankungen und Symptome indiziert ist, deren Heilbarkeit prinzipiell feststeht. Die taktvolle Berufung auf ähnliche, bereits früher mit gutem Erfolge behandelte Krankheitsfälle der gleichen Art wird hierbei durchaus erlaubt sein.

Indessen sind hiermit die Vorbedingungen einer erfolgreichen Hypnotherapie, soweit sie von seiten der Patienten zu erfüllen sind, noch nicht erschöpft. Vielmehr muß zu der geschilderten Kaptivation des Vertrauens noch die Aufklärung des Patienten über einige Punkte hinzutreten, deren Nichtberücksichtigung unter Umständen eine schädliche Einwirkung auf unser Heilbestreben zur Folge haben kann. Ich halte es unbedingt für einen Kunstfehler,

einen Kranken zu hypnotisieren, bevor man ihn einerseits ausgefragt hat über die Vorstellungen, die er mit dem Prozesse des Hypnotisierens verbindet, andererseits ihm Aufklärung gegeben hat über die Erwartungen, die er an den Erfolg der hypnotischen Behandlung zu knüpfen berechtigt ist. Betreffs der Vorstellungen, die der Patient mit dem Begriffe der Hypnose verbindet, werden wir in erster Linie nach gewissen Kontrasuggestionen fahnden müssen, die er in dieser Hinsicht mitgebracht hat und die die Aussicht der Behandlung völlig illusorisch machen können. Es ist beinahe unglaublich, mit welchen wirren Vorstellungen über das Wesen der Hypnose die meisten Kranken zu uns kommen. Eine kleine Blütenlese aus meiner Erfahrung sei gestattet: da fürchten die einen, daß sie in der Hypnose über die intimen Geheimnisse ihres Seelenlebens werden Auskunft geben müssen. Die anderen sind überzeugt, daß sie in der Hypnose geschlechtlich gemißbraucht werden. Wieder andere sind von dem erhebenden Bewußtsein erfüllt, daß „sie in der Hypnose bleiben könnten". Ein großer Teil der Patienten glaubt, daß die Hypnose zu nichts anderem da sei, als um die bekannten experimentellen Scherze auszuführen, wie z. B. eine Kartoffel statt einer Birne verzehren oder die Versuchspersonen auf Stühlen im Zimmer umherreiten zu lassen und dergleichen mehr. Auf der anderen Seite wird das Wesen der Hypnose häufig verkannt und das Eintreten somnambuler Phänomene für eine unerläßliche Vorbedingung der erfolgreichen Hypnotherapie angesehen. In solchen Fällen glauben die Patienten, daß die hypnotische Behandlung bei ihnen nicht zum Ziele führen könne, weil sie beispielsweise in der Hypnose alles hören und verstehen, was zu ihnen gesprochen wurde; weil sie ihres Bewußtseins, ihres freien Willens nicht beraubt gewesen seien; weil sie nicht geschlafen hätten oder weil sie nach der Hypnose sich an alle Suggestionen erinnerten usf. Endlich was den Heilwert der Hypnose anbelangt, so wünschen und erwarten die Patienten gewöhnlich ein Tempo

der Beeinflussung, mit dem verglichen die Geschwindigkeit des elektrischen Funkens wie ein Schneckenspaziergang erscheint. Sie sind imstande, sich nach der ersten Hypnose die Augen zu reiben und in die verwunderten Worte auszubrechen: „Aber ich habe ja noch meine alten Beschwerden!“ Nicht wenige andererseits fürchten, daß sie zur hypnotischen Behandlung ungeeignet seien, weil sie an einen derartigen Humbug nicht glauben, weil ihre Nerven noch zu kräftig seien, als daß man ihren Willen sklavisch unterjochen könnte, oder einfach, „weil es bei ihnen nicht geht“. Es versteht sich von selbst, daß solche Vorstellungen nicht geeignet sind, eine günstige seelische Beeinflussung eines Kranken zu ermöglichen. Leider aber sind diese Vorstellungen so verbreitet, daß man sicherlich bei jedem Kranken, der unsere Hilfe in Anspruch nimmt, den einen oder anderen Teil derartiger Besorgnisse vorfindet. Dafür sorgen schon die laienhaften Demonstrationen und hypnotischen Schaustellungen wandernder und seßhafter „Suggestoren“ und „Magnetiseure“, die eine unglaubliche Verwirrung in den Köpfen der urteilsunfähigen Menge anrichten. Dafür sorgen die populären Aufsätze in den Journalen und Tageszeitungen, die reklamehaften Anpreisungen ebendaselbst, die vor der Behandlung eingeholten sachverständigen Gutachten der Angehörigen und Bekannten, und, last not least, die irrtümlichen und feindseligen Auskünfte der Ärzte, die, ohne von dem fraglichen Gebiete eine wissenschaftliche Kenntnis zu besitzen, auf die ihnen vorgelegte Frage nach der Zweckmäßigkeit einer hypnotischen Behandlung sich nicht genug tun können in bezug auf die Diskreditierung des Verfahrens und der Kollegen, die sich damit beschäftigen. Auf diese Weise kann der Patient noch froh sein, wenn ihm auf die Bitte um Auskunft über den Wert der hypnotischen Behandlung im allgemeinen und für sein Leiden im besonderen von dem Arzte seines Vertrauens nur die Auskunft zuteil wird, daß die hypnotische Behandlung in der Regel zur Nervosität oder Geistes-

krankheit führe und daß die Ärzte, die sich damit beschäftigen, entweder Idioten oder Charlatane seien, die den Kranken nur möglichst viel Geld aus der Tasche zu ziehen sich bestrebten. Bei dieser unerquicklichen Sachlage, die gewiß zu einem kleinen Teile berechtigt und erklärlich sein mag, wird man es vor Einleitung einer hypnotischen Behandlung zweckmäßig finden, den Patienten sorgfältig darüber auszufragen, welche Vorstellungen von dem Wesen der Hypnose, von ihren Gefahren und Erfolgen er mitbringt, um ihm dann eine kurze, sachliche Aufklärung über die einzelnen Punkte zuteil werden zu lassen. Dabei wird man sich naturgemäß auf diejenigen Punkte beschränken, die der Patient auf Befragen selbst erwähnt. Bei Kranken, denen man auf Grund der neurologischen Untersuchung eine tiefe, echte Hypnose zutrauen darf, wird diese Aufklärung kürzer zu erledigen sein als bei den Patienten, die voraussichtlich nur in einen oberflächlichen, pseudohypnotischen Zustand geraten werden. In diesen letzten Fällen, die ja, wie wir gesehen haben, das Hauptkontingent stellen, dürfte es jedenfalls, auch wenn die Kranken gänzlich unbeeinflußt zu uns kommen, geraten sein, den Patienten im voraus die strikte Versicherung zu geben, daß die therapeutische Hypnose, so wie sie ärztlich angewandt wird, keinen Schlaf, keine Bewußtlosigkeit oder Knebelung des Willens darstellt, sondern daß es sich lediglich um einen behaglichen Ruhezustand des Nervensystems handelt, in dem keinerlei tiefgreifende geistige Veränderungen zustande kommen, in dem aber erfahrungsgemäß eine seelische Beeinflussung möglich ist, die zur allmählichen Besserung des betreffenden Leidens beitragen werde. Schließlich unterlasse ich es nie, den Patienten den Rat zu geben, daß sie von der hypnotischen Behandlung kein Aufhebens weiter machen sollen, daß sie es vermeiden sollen, über die technischen Einzelheiten der ärztlichen Behandlung und die etwa dabei gemachten subjektiven Beobachtungen mit ihren Angehörigen und Freunden zu parlamentieren,

diesbezügliche Bücher und Artikel zu lesen oder an öffentlichen oder gesellschaftlichen Experimentalvorstellungen teilzunehmen.

c) Vorbedingungen des Hypnotiseurs.

Eine äußere Vorbedingung für die Eignung zum Hypnotherapeuten ist, daß man Zeit und Ruhe zur Ausübung der hypnotischen Praxis habe. Wer übermäßig beschäftigt, abgehetzt oder nervös unruhig und zerfahren ist, wer gezwungen ist, während der hypnotischen Behandlung eines Kranken, die ja immerhin verhältnismäßig mehr Zeit in Anspruch nimmt als die meisten üblichen ärztlichen Behandlungsmethoden, anderweitige schriftliche Arbeiten zu verrichten, telephonische Bestellungen entgegenzunehmen und dergleichen mehr, der wird in der hypnotischen Praxis nicht die rechte Befriedigung finden. Bezüglich der inneren Qualifikation zum Hypnotherapeuten sind von verschiedener Seite, wie von v. Krafft-Ebing, Forel, Max Hirsch, Strümpell und anderen eine Reihe von Bedingungen aufgestellt worden, die sich auf den ethischen Charakter des Hypnotiseurs, auf die Ausbildung seines Mitleids, seiner Menschenkenntnis, seiner dramatischen Begabung usw. beziehen. Ich finde, daß in dieser Beziehung keine anderen Eigenschaften in Betracht kommen, als sie für den Nervenarzt überhaupt notwendig sind. Unter diesen Eigenschafteu möchte ich aber zwei besonders hervorheben: eine unerschütterliche Gemütsruhe und Geduld, sowie ein gewisses autoritatives Auftreten. Der letzte Punkt insbesondere bildet für den Hypnotherapeuten eine conditio sine qua non. Ein schüchterner, ängstlicher, unsicherer, ungeübter Hypnotiseur wird keine großen Erfolge zu verzeichnen haben. Eine ruhige, wohlwollend überlegene Selbstverständlichkeit, mit der der Arzt an die Hypnotisierung des Patienten herangeht, ohne die Möglichkeit eines Mißlingens auch nur entfernt ins Auge zu fassen, ist eine notwendige Vorbedingung von seiten des Hypnoti-

seurs. Neben einer absoluten Beherrschung der hypnotischen Technik und einer nie versagenden Geistesgegenwart wird die oben skizzierte Auffassung, nach der die Hervorrufung spezifischer hypnotischer Phänomene für den therapeutischen Erfolg der Behandlung völlig irrelevant ist, gewiß dazu beitragen, ein solches Auftreten subjektiv und objektiv zu begründen. Daß der Anschein jeder übernatürlichen, mystischen Einwirkung dem Patienten sorgfältig ferngehalten werden muß, habe ich bereits früher betont. In bezug auf das allgemeine Verhalten des Hypnotiseurs den Patienten gegenüber sind prinzipielle Regeln kaum angängig: der eine wird seine Erfolge seinem liebenswürdigen, entgegenkommenden Wesen, der andere seinem schroffen, einschüchternden Auftreten zu danken haben. Am besten dürfte derjenige daran sein, der je nach Lage der Sache über die verschiedensten Register in dieser Beziehung verfügt. Schließlich muß noch eine äußere Vorbedingung des Hypnotiseurs erwähnt werden: die Beschaffenheit seiner Hände. Da die Hände beim Hypnotisieren eine ziemlich große Rolle spielen, sei es, daß man mesmerische Striche mit ihnen macht oder sie auf die Stirn des Patienten auflegt oder dergleichen, so müssen die Hände des Hypnotiseurs besonders gepflegt sein, um keinerlei unangenehme Empfindungen beim Hypnotisierten hervorzurufen. Diese Pflege bezieht sich auf das Aussehen der Hände, ihre Weichheit, Glätte, Trockenheit, ihre angemessene, weder zu warme oder zu kalte Temperatur, sowie auf ihre leichte, ruhige und zitterfreie Haltung, und endlich auf ihren Geruch. Ich halte es für gut, vor jeder Hypnose in Gegenwart der Patienten die Hände sorgfältig zu waschen, nötigenfalls unter Benutzung einer geeigneten Glyzerin- oder Wachspaste.

d) Vorbedingungen der räumlichen und zeitlichen Handhabung.

Die Frage, ob die Hypnotisierung eines Kranken in seiner eigenen Wohnung oder in derjenigen des Arztes

vorzuziehen sei, wird dahin entschieden werden können, daß die erste Möglichkeit nur ausnahmsweise bei bewegungsunfähigen oder bettlägerigen Patienten Platz greifen soll, da die Bedingungen der Hypnotisierung im Hause der Kranken unter allen Umständen ungünstiger sind. Die therapeutische Hypnose kann entweder auf einem geeigneten, am besten speziell dazu hergerichteten, weichen Fauteuil mit Armlehnen und einer Rückenneigung von etwa 120° oder aber auf einer Ottomane von ähnlicher Beschaffenheit vorgenommen werden. Die Patienten müssen vor der Hypnose allzu eng anliegende Kleidungsstücke, wie Kragen, Korsett, Gürtel usw. lockern oder ablegen. Die Zeit, die für die Einleitung der Hypnose am günstigsten ist, ist die Zeit der größeren physiologischen Ermüdung, i. e. die Zeit nach der Mittagsmahlzeit bis zum Abend. Die erste Hypnose ist zweckmäßig in Gegenwart eines verständigen Angehörigen auszuführen, wenn es sich um ängstliche Patienten handelt; selbstverständlich nach genügender Aufklärung des Angehörigen. Die folgenden Hypnosen sollen in der Regel ohne Gegenwart eines Dritten ausgeführt werden; eine Ausnahme von dieser Regel empfehle ich nur bei erotisch exaltierten Hysterischen zu machen. Von einer großen Zahl von Hypnotherapeuten wird die Massenhypnose der Einzelhypnose vorgezogen. Es wird dann eine Reihe von Patienten gleichzeitig in einem oder mehreren Räumen hypnotisiert und längere Zeit der Einwirkung der Hypnose überlassen. Ich verkenne nicht, daß dieses Verfahren gewisse Vorteile darbietet, z. B. die Möglichkeit, die Hypnose längere Zeit auszudehnen, ohne seine eigene Zeit allzusehr zu belasten; ferner die Schaffung einer gewissen suggestiven Atmosphäre, die die Beeinflußbarkeit des einzelnen zu steigern geeignet ist. Auf der anderen Seite stehen diesen Vorzügen aber erhebliche Bedenken gegenüber. Hierzu rechnet vor allem der Mangel an ärztlicher Diskretion, der mit diesem Verfahren unausbleiblich verbunden ist, und die damit zusammen-

hängende Unmöglichkeit, intimere individualisierende psychotherapeutische Heilwirkungen auszuüben. Auch können die Patienten, anstatt sich gegenseitig günstig zu beeinflussen, unter Umständen sich gegenseitig ablenken und stören. Aus diesen Gründen halte ich die Massenhypnose zur Vornahme eingehender psychotherapeutischer Beeinflussungen für ungeeignet. Schließlich möchte ich hinzufügen, daß ich die erste Hypnotisierung eines Patienten grundsätzlich niemals gleich bei der ersten Konsultation, etwa im unmittelbaren Anschlusse an die Untersuchung des Kranken vorzunehmen rate. Die Verzögerung des Beginnes der hypnotischen Behandlung hat den Vorzug, daß der Patient sich weniger unruhig und fremd fühlt als beim ersten Besuche, daß er Gelegenheit hatte, einen guten Eindruck von der Untersuchung, Prognose usw. mit sich fortzunehmen und in sich zu verarbeiten, sowie endlich, daß seine Erwartungsspannung in günstigem Sinne gesteigert wird.

2. Die Methoden der Hypnotisierung.

Zur therapeutischen Hypnotisierung eines Kranken kommen heute folgende Methoden in Betracht:

1. Die Methode des passiven Augenschlusses. Von dem Pariser Arzt Lasègue wurde im Jahre 1865 angegeben, daß es bei einzelnen Hysterischen genüge, die Augen passiv zu schließen und einen seitlichen Druck auf die Bulbi auszuüben, um momentan tiefste Somnambulhypnose herbeizuführen. Auch Charcot und Jolly haben später das gleiche Verfahren empfohlen. Ich fand es nur bei solchen Hystero-Epileptischen von Erfolg begleitet, die auch spontan an Schwindelanfällen mit teilweisem oder gänzlichem Bewußtseinsverlust leiden oder früher einmal gelitten hatten. Der seitliche Druck auf die Bulbi ist zu widerraten, da er Schmerzen hervorruft und da der einfache passive Augenschluß in den erwähnten Fällen auch ohnedies zum Ziele führt. Nicht selten entstehen freilich bei dieser Art der Hypnotisie-

rung abnorme Hypnosen, insbesondere von der Form des hysterischen Hypnoids. In solchen Fällen wird man versuchen, durch eine andere, z. B. verbalsuggestive Methode des Hypnotisierens oberflächlichere pseudohypnotische Zustände herbeizuführen, die therapeutisch jedenfalls aussichtsvoller sind.

2. Die mesmerischen Methoden. Sie gehen in ihrem Ursprung zurück auf das von Mesmer inaugurierte Prinzip einer angeblichen besonderen Heilkraft. Obwohl der tierische Magnetismus längst als Fabel erwiesen ist, läßt sich nicht leugnen, daß die Wirkung der sogenannten mesmerischen Passes nicht bloß suggestiver, sondern in gewissem Maße auch physischer Natur ist. Nur handelt es sich hierbei nicht um geheimnisvolle übernatürliche Kräfte, sondern um die bekannten Wirkungen der Wärme, des Luftzuges, der leisen Berührung, vielleicht auch gewisser elektrischer Vorgänge, über deren Natur heute noch nichts Genaueres ausgesagt werden kann. Jedenfalls ist es sicher, daß durch derartige Manipulationen bei jedem Menschen, nicht etwa bloß bei sensitiven Personen, besonders bei geschlossenen Augen allerhand subjektive und objektive Empfindungen und Parästhesien ausgelöst werden, die zur Einleitung hypnotischer Zustände mit Erfolg angewandt werden können. Die ursprüngliche Form der Anwendung der mesmerischen Striche, wie sie von den Nachfolgern Mesmers (Deleuze, Teste u. a.) geübt wurde, bestand darin, daß der Hypnotiseur seine gespreizten Hände in langsamer gleichförmiger Bewegung und in möglichst großer Annäherung zum Körper des Patienten von dessen Kopfe bis zur Magengrube oder bis zu den Füßen herabführte, um dann nach Beschreibung eines großen Bogens die Bewegung immer wieder aufs neue zu wiederholen, bis der Patient darüber müde wurde und einschlief. Daß dies tatsächlich schließlich der Fall war, wird nicht Staunen erregen, wenn man hört, daß derartige Manipulationen nicht etwa minutenlang, sondern unter Umständen stunden- und

tagelang fortgesetzt wurden, ehe man das gewünschte Ziel erreichte. Andere „Magnetiseure“ modifizierten bald die Methode und kombinierten sie mit anderen hypnosigenen Faktoren. Folgende Beschreibung des von Caldwell (1841) geübten Verfahrens mag davon Zeugnis ablegen: „Die Parteien sitzen einander gegenüber, der Magnetiseur ein wenig höher; die zu magnetisierende Person zerstreue, soweit als möglich, alle beunruhigenden und aufregenden Gedanken und Gefühle. Der Magnetiseur ergreift sanft die Hände des zu Magnetisierenden, Handfläche auf Handfläche gelegt, und hält sie ungefähr eine Minute, bis die Temperatur ausgeglichen ist. Dann erhebt er seine Hände über den Kopf des zu Magnetisierenden und senkt sie sanft hernieder auf jede Seite des Kopfes, diesen ganz leicht berührend; dann legt er sie auf die Schulter, auch dort ungefähr eine Minute verweilend. Während dieser ganzen Zeit blickt er beständig und intensiv in das Antlitz der Person, mit dem festen Willen, daß sie in Schlaf fallen solle. Die Hände werden dann von den Schultern die Arme entlang mit ganz leichtem Drucke bewegt, bis sie die Hände des zu Magnetisierenden erreichen, welche 4—5 Sekunden, wie vorher, zu ergreifen sind. Während er die Bewegung wiederholt, beginnt er mit etwas regelmäßigeren Strichen. Dann, indem er seine Hände in der Nähe des Gesichts oder des Scheitels verweilen läßt, um sie darauf mit leisem Streicheln den Hals und die Brust entlang (wobei es nicht nötig ist, diese Stellen zu berühren) bis zu den Fingerspitzen der Person gleiten zu lassen, wendet er seine Handflächen nach außen und vergrößert die Entfernung seiner Hände voneinander, bis sie herabfallen. Die Fingerspitzen werden auch zuweilen mit Vorteil aufgelegt. Auch an den unteren Extremitäten werden einige Striche gewöhnlich gemacht; Caldwell hält dies allerdings für unnütz. Er macht die Striche 12, 15 oder 30 Minuten lang, den Umständen angemessen; und gelegentlich erneuert er sie, wenn die Person eingeschlafen ist, um den

Schlaf noch zu vertiefen. Der Operateur denkt mit festem Willen während der ganzen Zeit an die Erscheinungen, die er hervorrufen will. Andere gebrauchen einfachere Mittel. Sie halten zwei Finger der linken Hand nahe an das Gesicht der Person, indem sie kaum eine Bewegung machen. Frauen sind meist leicht zu magnetisieren, besonders zarte. Der Schlaf wird unterbrochen durch den Willen oder durch umgekehrte Striche; d. h. die Striche werden aufwärts statt abwärts gemacht. Er erwähnt einen Herrn, der in 35 Minuten in Schlaf gebracht werden konnte und 3/4 Stunden darin verblieb; eine Dame schlief in 10 Minuten ein und schlief eine ganze Stunde lang."

Moderne Autoren haben sich bemüht, diesen umständlichen Prozeß etwas zu vereinfachen. Heidenhain und Berger, die von der Auffassung ausgingen, daß es lediglich die Temperaturreize seien, die bei der Mesmerisation sich wirksam erweisen, haben versucht, mit Hilfe von warmen Metallplatten Hypnosen zu erzeugen. Pitres und Spitta geben an, daß das Reiben der Stirn oder besonderer, angeblich hypnogener Zonen des Körpers Schlafzustände herbeiführe. Eine vereinfachte mesmerische Methode beschreibt John F. Word. Er läßt die Patienten sich bequem hinsetzen oder hinlegen, die Augen schließen, die Muskeln entspannen und bis zu 20 Minuten in dieser Stellung verharren, indem er höchstens noch die Hand auf ihre Stirne legt und Schlaf suggeriert. Ich selbst pflege die mesmerischen Methoden niemals für sich allein, sondern höchstens in Verbindung mit den sogleich zu beschreibenden anderweitigen Methoden des Hypnotisierens anzuwenden; schon aus dem einfachen Grunde, weil bei der längeren Applikation mesmerischer Passes der Hypnotiseur als aktiver Teil schneller zu ermüden pflegt als die passive Versuchsperson.

3. Die Fixationsmethoden. Die von Braid geübte Hypnotisierungsmethode beruht auf dem unausgesetzten Anstarren eines glänzenden Gegenstandes, so lange, bis der Versuchsperson die Augen von selbst zu-

fallen. In dieser Form hat sich die Fixationsmethode nicht bewährt. Forel, Tatzel und viele andere haben darauf hingewiesen, daß im Gefolge der längere Zeit fortgesetzten Fixation Augenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und dergleichen eintreten können, so daß die Fixation niemals länger als höchstens drei Minuten fortgesetzt werden dürfte. Was die Wahl des zu fixierenden Objektes betrifft, so gibt es zahllose Variationen, mit deren Hilfe man zum Ziele kommt. So kann man entweder dem zu Hypnotisierenden seine Finger oder eine Taschenuhr oder einen Bleistift oder Ähnliches vorhalten; oder man kann einen beliebigen Punkt in der Tapete, der Tür, der Decke des Zimmers fixieren lassen; oder endlich, man kann sich spezieller Instrumente zu diesem Zwecke bedienen. Am bekanntesten ist in dieser Beziehung das von Hansen gebrauchte Instrument, das aus einem geschwärzten Korken besteht, auf dem ein Similibrillant befestigt ist. Neuerdings sind sogenannte „Hypnoskope“ im Handel, die aus einer schwarzen Platte mit einem darauf befestigten Kristall oder aus einer Hartgummibüchse bestehen, deren Vorderwand eine Öffnung enthält und deren Inneres mit einem matt reflektierenden Spiegel versehen ist. Auf meine Veranlassung wird ein geeignetes Instrument unter der richtigeren Bezeichnung „Hypnophor“ von der Firma Détert, Berlin, Karlstraße 9, vorrätig gehalten. Natürlich kann man sich mit Hilfe eines irgendwie angebrachten Kristalls oder einer kleinen Glühlampe oder dergleichen leicht selbst derartige Vorrichtungen schaffen. Der komplizierteste Apparat dieser Art ist der von Luys konstruierte „Miroir rotatif“. Er besteht aus einem Uhrwerk, auf dem zwei Windflügel aus blankem Blech angebracht sind, die sich, wenn man den Apparat in Tätigkeit versetzt, sehr schnell und mit leisem, gleichförmigem Geräusche umeinanderdrehen, wobei allerhand Lichtreflexe auftreten. Daß es, wie Luys behauptet, mit Hilfe dieses Instrumentes gelingen soll, ohne Anwendung von Suggestionen auf rein

somatischem Wege durch die bloße Übermüdung der Netzhaut Hypnose zu erzeugen, ist natürlich unzutreffend. Denn die indirekte oder autosuggestive Vorstellung des Schlafes läßt sich bei keiner Hypnotisierungsmethode ausschalten. Was die Technik der Fixation anbelangt, so muß als deren Prinzip festgehalten werden, daß es darauf ankommt, eine möglichst schnelle Ermüdung der Augen hervorzurufen, so daß die Versuchsperson von selbst das Bedürfnis empfindet, die Augen zu schließen. Zu diesem Zwecke ist es empfehlenswert, die zu fixierenden Gegenstände so anzubringen oder so zu halten, daß sie etwas oberhalb der horizontalen Blickrichtung und, wenn möglich, innerhalb der kleinsten Sehweite des Patienten, d. h. in einem Abstande von zirka 25 cm von seinen Augen sich befinden, so daß eine erhebliche Konvergenzanstrengung erforderlich ist, um den Gegenstand scharf zu fixieren. Auf diese Weise gelingt es, die Fixationsdauer in der Regel auf einige, zirka 10—30 Sekunden abzukürzen, besonders wenn man langsam den zu fixierenden Gegenstand ein wenig herabsinken läßt, wobei die oberen Augenlider sich entsprechend senken und der Eindruck der Müdigkeit und des allmählichen Einschlafens verstärkt wird. Ich pflege meist eine kurze Fixation mit der unten zu beschreibenden Verbalsuggestionsmethode zu kombinieren. Bei kräftigen, gesunden Individuen, die zur Abgewöhnung irgendwelcher krankhaften Neigungen, z. B. der Onanie, des übermäßigen Alkohol- oder Nikotingenusses usw., auf eine stärkere hypnotische Beeinflussung Wert legen, zumal wenn sie bereits von anderer Seite ohne Erfolg hypnotisiert worden sind, scheue ich mich jedoch gelegentlich nicht, auch eine länger dauernde Fixation bis zu 10—15 Minuten anzuwenden. Auch die Autoren, die neuerdings die hypnotische Behandlung der Kriegshysterie der Soldaten befürwortet haben, scheinen meist auf eine tiefere hypnotische Beeinflussung, wie sie durch eine länger fortgesetzte Fixation zweifellos erzielt wird, Wert zu legen.

4. Die Faszinationsmethoden. Abbé Faria führte die Methode der Faszination ein, indem er den Versuchspersonen einige Zeit starr in die Augen sah und ihnen sodann in befehlendem Tone „Dormez" zurief. Das Wesentliche bei diesem Verfahren ist nicht, wie oft irrtümlich angenommen wird, die Tatsache, daß die Versuchsperson dabei die Augen des Hypnotiseurs fixiert, sondern umgekehrt, daß der Hypnotiseur in einer sogleich näher zu beschreibenden Weise seinen Blick auf die zu hypnotisierende Person einwirken läßt. Später wurde auch dieses Verfahren mit anderen hypnosigenen Faktoren kombiniert. So faszinierte z. B. Lafontaine den auf einem erhöhten Stuhle ihm gegenübersitzenden Patienten 15—20 Minuten lang, indem er dessen Daumenspitzen mit den seinen berührte und ihn aufforderte, einen gewissen Druck dagegen auszuüben. Erst wenn dieser Druck bei eintretender Müdigkeit des Patienten nachließ und Augenschluß eingetreten war, begann er mit den mesmerischen Streichungen. Eine andere, unter Umständen durchaus empfehlenswerte kombinierte Faszinationsmethode, die Großmann vorzugsweise anwendet, beruht auf der Steigerung der Suggeribilität des Patienten. Nach einer Faszination von 10—12 Sekunden sagt Großmann, wie ich der Beschreibung seines Verfahrens entnehme, dem Patienten: „Sie werden sich jetzt sogleich von der Macht der Hypnose und dem Einflusse der Suggestion überzeugen, dadurch daß Sie sehen, daß Ihre Augäpfel vollkommen unempfindlich geworden sind gegen meine Berührung, so daß Sie nicht werden blinzeln müssen, wenn ich mit dem Finger Ihre Augäpfel berühre." Diese Suggestion realisiert sich fast stets, da sie auf einer einfachen physiologischen Tatsache beruht. Jedesmal nämlich, wenn die Aufmerksamkeit völlig konzentriert oder abgelenkt ist, entsteht eine mehr oder minder große Hypästhesie der Konjunktiva mit deutlicher Herabsetzung des Konjunktival- und Kornealreflexes. Sodann suggeriert Großmann den Augenschluß, den er unter Um-

ständen passiv durch Herabziehen der oberen Augenlider herbeiführt. Darauf folgt ein zweiter, meist wirksamer Kniff, der darin besteht, daß man dem Patienten Schwere in den Armen suggeriert und sich scheinbar von dem Eintritt dieses Phänomens überzeugt, indem man die Arme des Patienten unter dem Anschein großer Kraftanwendung, in Wirklichkeit aber mit ganz geringer Mühewaltung — natürlich ohne Erfolg — zu heben versucht. Endlich beschließen einige Suggestionen der Müdigkeit und des eintretendcu Schlafes die Prozedur, die sich in der Regel in wenigen Minuten abspielt. Ich selbst pflege die Faszinationsmethode in folgender Weise zur Anwendung zu bringen. Ich setze den Patienten so auf den Lehnstuhl, daß er nur den vorderen Teil des Sitzes einnimmt, die Beine mit übereinandergeschlagenen Füßen ausstreckt und den Rücken in einem Winkel von zirka 110—120° nach hinten beugt, ohne sich jedoch anzulehnen. Dann lege ich meine Hände leicht auf die seinigen und fasziniere ihn zirka 15—20 Sekunden, indem ich meinen Kopf allmählich etwas tiefer senke. Sodann suggeriere ich Augenschluß und schließe gleichzeitig passiv die Augen des Patienten. Nunmehr mache ich einige mesmerische Striche über den Körper des Patientcn und suggeriere ihm eine zunehmende Müdigkeit und Schwere im Oberkörper, durch die ein allmähliches Zurücksinkcn des Oberkörpers eintreten werde, bis daß dieser der Rückenlehne anliege. Diese Suggestion realisiert sich selbstverständlich stets, da die unbcqueme Lage des Patienten eine physiologische Ermüdung der Rückenmuskulatur zur notwcndigen Folge hat. Endlich füge ich unter Wiederholung der mesmerischen Streichungen eine Reihe von Suggestionen hinzu, die geeignet sind, die cintretende Müdigkeit zu fördcrn und bis zur Schläfrigkeit zu steigern. Auf den Wortlaut dieser Suggestionen werde ich bei Beschreibung der Verbalsuggestionsmethoden zurückkommen. Hier interessiert uns noch dic Art, wie die Faszination selbst durch den Hypnotiseur ausgeführt.

wird. Es empfiehlt sich hierzu, die Augen möglichst weit zu öffnen, so daß außer der Iris ein Teil der Sklera sichtbar wird, ferner die Augenachsen parallel in die Unendlichkeit zu richten und endlich die Augenbrauen zusammenzuziehen und die Stirn in senkrechte Falten zu legen. Dadurch erhält der Blick des Hypnotiseurs etwas Fremdartiges, Traumverlorenes, zugleich aber etwas Strenges und unter Umständen Einschüchterndes. Es scheint mir zweifellos, daß auf diesem seelischen Eindruck die Wirksamkeit der Faszination beruht, nicht aber, wie meist angenommen wird, auf der Ermüdung der Augen der fixierenden Versuchsperson.

5. Die Verbalsuggestionsmethoden. Von Liébeault eingeführt, wurden die Verbalsuggestionsmethoden von Bernheim, Forel, Wetterstrand u. a. weiter ausgebaut und zur allgemeinen Anwendung empfohlen. Nachdem man erkannt hatte, — und es ist im wesentlichen das Verdienst der Nancyer Schule, diese Erkenntnis gefördert zu haben, — daß das wirksame Prinzip jeder Hypnotisierungsmethode, auch der sogenannten somatischen, entweder ausschließlich oder zum Teil auf der Suggestion des Einschlafens beruht, lag es nahe, die bisher gebräuchlichen indirekten Hypnotisationsfaktoren durch direkte verbale Suggestionen zu ersetzen. Die allgemein übliche Methode der Verbalsuggestionen ist etwa die folgende: Die Versuchsperson sitzt oder liegt bequem ausgestreckt und erhält den Auftrag, ihre Augen auf irgend einen genauer bezeichneten Punkt zu richten. Nach kurzer Zeit suggeriert man, „daß die Augenlider schwerer und schwerer werden, daß die Gegenstände beginnen vor den Augen zu verschwimmen, daß das Sehen immer undeutlicher wird und die Augenlider die krampfhafte Neigung haben, sich zu schließen“. Sodann folgen Eingebungen der allgemeinen Ruhe und Ermüdung und schließlich die in mannigfachen Variationen wiederholte Suggestion des Einschlafens. An diesem allgemein gebräuchlichen Verfahren habe ich im Laufe der Jahre vielerlei aus-

zusetzen gelernt. Zunächst halte ich es für unzweckmäßig, das Zufallen der Augenlider zu suggerieren, da damit unter Umständen viel Zeit verlorengeht und ein, wenn auch noch so kleiner, Bruchteil der Versuchspersonen sich selbst gegen diese einfache Suggestion refraktär verhält. Sodann habe ich gelernt, drei Arten von Suggestionen aus meinen Verbalsuggestionsformeln völlig auszuschalten: das sind die experimentellen, die beängstigenden und die nicht sicher realisierbaren Suggestionen. Experimentelle Suggestionen sind vielfach gang und gäbe, wie z. B. die Suggestion, daß die Versuchsperson die geschlossenen Augen nicht wieder von selbst öffnen könne, oder daß ihre Glieder steif und unbeweglich werden und dergleichen mehr, um der Person die subjektive Überzeugung des Hypnotisiertseins beizubringen. Ich halte das für überflüssig und schädlich, da die Aufmerksamkeit der Patienten auf diese Weise von dem — psychotherapeutischen — Kern der Sache abgelenkt und auf den falschen Gesichtspunkt eingestellt wird, als ob die spezifisch-hypnotische Beeinflussung für die Wirkung der Suggestivtherapie von Bedeutung sei, was nach meiner Überzeugung für oberflächliche und mitteltiefe Hypnosen ganz gewiß nicht zutrifft. Ich vermeide es deshalb grundsätzlich, mich von dem Vorhandensein eines spezifischen hypnotischen Zustandes und von dem Eintreten experimentell-hypnotischer Phänomene durch ein derartiges Vorgehen überzeugen zu wollen, da es im Falle des Gelingens überflüssig ist, im Falle des Mißlingens dagegen kontrasuggestiv zu wirken geeignet ist. Unter beängstigenden Suggestionen verstehe ich Suggestionen, wie: „Ihre Sinne verwirren sich, Ihre Gedanken gehen immer mehr durcheinander, das Bewußtsein schwindet, es tritt eine Betäubung ein“ usw. Ich habe gefunden, daß eine ganze Reihe gerade gebildeter Patienten sich gegen solche Suggestionen sträubt, weil sie fürchten, dadurch des eigenen Willens beraubt zu sein. Endlich vermeide ich alle nicht sicher realisierbaren Suggestionen, um nicht hinterher von den Versuchspersonen die

Entgegnung zu hören: „Aber Herr Doktor, das und das habe ich nicht gespürt.“ Hierher gehört vorzugsweise die Suggestion des Schlafes, auf die ich stets verzichte, wenn ich nicht vorher, auf Grund des neurologischen Status, wie wir gesehen haben, mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen darf, daß wirklich eine tiefe Hypnose bei dem betreffenden Patienten eintreten dürfte. Es ist bekannt, daß bei der üblichen Methode der Verbalsuggestionen ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Patienten nach der ersten Hypnose die Behandlung aufgibt, weil sie enttäuscht darüber sind, daß die angewendeten hypnotisierenden Suggestionen sich bei ihnen nicht realisiert hätten. Ich habe infolgedessen versucht, alle diese im vorstehenden gerügten Übelstände bei der Aufstellung meiner Suggestionsformeln zu beseitigen. Zugleich habe ich mich bestrebt, den Aufbau dieser Formeln dem psycho-physiologischen Gange des natürlichen Einschlafens möglichst genau nachzubilden. So bin ich zu der folgenden Durchschnittsformel gekommen, die ich in der Mehrzahl aller Fälle anwende: „Nun atmen Sie einmal recht ruhig, langsam und gleichmäßig — und achten Sie genau auf jeden Atemzug von Anfang bis zu Ende. — Geben Sie sich ganz dem Gefühle einer tiefen, erquickenden Ruhe hin, als wenn Sie selbst einschlummern wollten. — Allmählich werden Sie in der Tat immer müder und schläfriger werden. — Die Nerven legen sich zur Ruhe, — die Gedanken schlummern ein, — die Müdigkeit nimmt immer mehr zu. — Jetzt tritt eine behagliche Erschlaffung im ganzen Körper ein, — alle Muskeln im Körper entspannen sich, — die Glieder werden träge und schwer, — eine tiefe, bleierne Schwere breitet sich über den ganzen Körper aus. — Auch die Augenlider werden jetzt allmählich immer schwerer und schwerer und schließen sich immer fester zusammen; — es wird immer dunkler um Sie herum, — ein tiefer erquickender Schlummer senkt sich auf Sie herab.“ Es sei gestattet, hieran einige Erläuterungen zu knüpfen. Zunächst betreffs der technischen Hand-

habung der Verbalsuggestionsmethode. Ich pflege entweder von vornherein meine Hand äußerst leicht und weich, unter Vermeidung jedes Druckes, auf die Stirn des bequem sitzenden oder liegenden Patienten zu legen, indem ich mit Daumen und Mittelfinger der Hand die oberen Augenlider des Patienten sanft herabziehe und zuhalte. Oder ich lasse eine kurze Fixation, wie oben beschrieben, voraufgehen. Um die Sicherheit der Handhaltung zu erleichtern, muß der Arm des Hypnotiseurs im Ellenbogen unterstützt sein. Sodann gebe ich die Suggestionen mit ziemlich leiser, monotoner Stimme und in langsamem Tempo, indem ich zwischen je zwei Suggestionen zirka 15 Sekunden Pause einschalte. Während dieser ganzen Zeit lasse ich entweder meine Hände in der oben beschriebenen Lage verharren oder ich führe einige leichte mesmerische Streichungen über das Gesicht des Patienten aus. Bezüglich des Aufbaues der von mir angegebenen Suggestionsformel möchte ich hervorheben, daß die Reihenfolge der zu suggerierenden Erscheinungen den Phänomenen des natürlichen Einschlafens nachgebildet ist. Denn auch beim natürlichen Einschlafen treten folgende vier Erscheinungen mehr oder weniger deutlich hervor: 1. die Veränderung des Atmungstypus, der gegenüber dem Wachzustande langsamere, tiefere und gleichmäßigere Atemzüge aufweist; 2. die geistige Leere und Monotonie, die sich in einer Verlangsamung und Verringerung der Gedankenbilder äußert und die ich suggestiv durch Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Atmung zu erzielen suche; 3. die muskuläre Erschlaffung, die den während des Wachseins bestehenden Tonus aufhebt; 4. die Rotation der Bulbi nach oben und innen, seltener nach oben und außen, die sich subjektiv dem Einschlafenden als zunehmende Dunkelheit darstellt. Da alle diese Erscheinungen willkürlich hervorgerufen werden können, so ist es klar, daß, wenn der Patient sich Mühe gibt, durch ihre Realisation objektiv und subjektiv ein behaglicher Ruhestand geschaffen wird, wie er in gleicher Weise dem

natürlichen Einschlafen vorangeht. Mehr aber ist bei der oberflächlichen und Pseudohypnose weder erwünscht noch erforderlich, noch überhaupt möglich. Wie weit die gegebenen Suggestionen sich realisieren, läßt sich dabei auch objektiv kontrollieren, und zwar durch die Veränderung der Atmung, die Erschlaffung der Körpermuskulatur, das Aufhören des Lidschlages und des Schluckreflexes.

Es versteht sich von selbst, daß die aufgeführte Suggestionsformel einige Abänderungen erleidet, je nachdem die zu erwartende Hypnose eine tiefe oder oberflächliche ist und je nachdem die Hypnose zum ersten oder zu wiederholten Malen ausgeführt wird. Im ersten Falle wird es meist nicht erforderlich sein, so viele Suggestionen zur Anwendung zu bringen. Es genügt, nach entsprechender Fixation oder Faszination, beispielsweise folgende Abkürzung: „Atmen Sie ruhig und langsam, — allmählich werden Sie immer müder und schläfriger werden, — die Glieder werden träge und schwer, — es wird immer dunkler um Sie herum, — ein tiefer, erquickender Schlaf senkt sich auf Sie herab.“ Im letzten Falle, wenn eine oberflächliche Hypnose zum ersten Male ausgeführt werden soll, wird es unter Umständen nötig sein, einen noch weit größeren Schatz von Suggestionen vorrätig zu halten, damit man die Einleitung der Hypnose möglichst in die Länge ziehen kann, ohne ins Stocken zu geraten oder zu Wiederholungen greifen zu müssen. Ich habe hierbei folgendes Schema brauchbar gefunden, das auf einer Erweiterung der oben angeführten Formel beruht: „Nun atmen Sie einmal ganz ruhig, ganz gleichmäßig und langsam und achten Sie genau auf jeden Atemzug von Anfang bis zu Ende; — achten Sie darauf, wie die Brust sich langsam hebt und senkt und der Atem gleichmäßig aus- und einströmt. — Geben Sie sich ganz dem Gefühl einer tiefen, erquickenden Ruhe hin, als wenn Sie selbst einschlummern wollten. — Allmählich werden Sie in der Tat immer müder und schläfriger werden. — Die Nerven legen sich zur Ruhe, — die Gedanken konzentrieren sich

immer mehr auf die Ruhe und auf die Müdigkeit, — alle störenden und ablenkenden Gedanken verschwinden; — die Müdigkeit nimmt nun immer mehr zu und wird immer tiefer und tiefer. — Jetzt tritt eine behagliche Erschlaffung im ganzen Körper ein — alle Muskeln im Körper entspannen sich — die Glieder werden träge und schwer; — die Empfindung der Schwere macht sich immer deutlicher und stärker bemerkbar — Sie haben das Gefühl, als ob Sie die Glieder von selbst nicht mehr bewegen könnten, — eine tiefe bleierne Schwere umfängt den ganzen Körper. — Nunmehr macht sich eine angenehme Wärme in Ihrem Körper bemerkbar; — Sie spüren die Wärme deutlich in den Beinen, — jetzt auch in den Armen, — die Wärme breitet sich über den ganzen Körper aus; — auch an den Augenlidern empfinden Sie deutlich diese angenehme Wärme. — Nun nimmt die Müdigkeit immer noch weiter zu, — die Augenlider werden immer schwerer und schwerer und schließen sich immer fester zusammen — es wird immer dunkler um Sie herum, — eine tiefe, erquickende Ruhe senkt sich auf Sie herab."

Hierzu noch einige Erklärungen: erstens, die hinzugefügten Suggestionen, z. B. der Wärme und Schwere, beziehen sich auf subjektive Empfindungen, die jedermann leicht bei zweckmäßigem Verhalten an sich selbst hervorrufen kann und die auch beim natürlichen Einschlafen mehr oder minder deutlich hervortreten. Sodann sind einzelne Suggestionen absichtlich in eine Form gekleidet, die den Patienten nicht geläufig und die daher nicht völlig durchsichtig ist, wie z. B. wenn ich suggeriere: „Ihre Nerven legen sich zur Ruhe." Das geschieht, um die Patienten nicht mehr zu desillusionieren, als unbedingt nötig ist. Denn wenn es auch erforderlich ist, dem Patienten gegenüber den Anschein jeder mystischen und zauberhaften Einwirkung zu vermeiden, so ist es auf der anderen Seite doch von Vorteil, gewisse fremdartige Kleinigkeiten im Verlaufe des ganzen Verfahrens einfließen zu lassen, die für den Patienten nicht im ersten Augenblicke durch-

sichtig sind und die daher seiner Phantasie einen gewissen subjektiven Anhalt darbieten. Ich hoffe, man wird in dieser Auffassung keinen unlösbaren Widerspruch erkennen. Denn zwischen dem Eindruck des Mystischen, Geheimnisvollen und dem von mir empfohlenen Verfahren, dessen Grundprinzip dem Patienten naturwissenschaftlich und psychologisch zur Klarheit gebracht werden soll, wenn auch einzelne technische Details ihm gegenüber geheim gehalten werden, besteht doch wohl ein unverkennbarer Unterschied. Im übrigen wissen wir ja, daß auch die Unbekanntheit mit dem Zustandekommen der Wirkung der Elektrizität und anderer Heilfaktoren einen nicht zu unterschätzenden psychischen Heilfaktor darstellt. Der Zusammenhang zwischen Unkenntnis und Glauben ist eben auch auf dem Gebiete der Therapie nicht zu verkennen.

6. Einige andere Hypnotisierungsmethoden von untergeordneter Bedeutung.

Statt der Ermüdung der Augen, die bei der Fixationsmethode als Mittel der Einschläferung angewendet wird, hat Heidenhain auf Grund physiologischer Untersuchungen empfohlen, die Ermüdung des Gehörorgans zur Erzielung der Hypnose heranzuziehen. Er ließ die Versuchspersonen auf das Ticken einer vorgehaltenen Taschenuhr oder einer Wanduhr ihre ganze Aufmerksamkeit konzentrieren und erreichte damit die gleichen Resultate wie bei der optischen Fixation. In analoger Weise hat Weinhold geraten, das eintönige Geräusch des Wagner-Neefschen Hammers am faradischen Apparat als Mittel zur Einleitung der Hypnose zu verwenden. Es ist durchaus anzuerkennen, daß diese Vorschläge praktische Resultate ergeben; und man wird von einem derartigen Hypnotisierungsverfahren gelegentlich wohl Gebrauch machen können, besonders wenn die Umgebung, in der man hypnotisiert, nicht genügend geräuschfrei ist. Im allgemeinen freilich wird man mit der optischen Fixation schneller zum Ziele kommen, da die Netzhaut

doch wohl leichter ermüdbar ist als das Gehörorgan. Die von Levy-Suhl (1908) neuerdings angegebene Methode, die auf der Verwendung des farbigen Simultankontrastes beruht, erscheint mir ohne Vorteil gegenüber der üblichen Fixation.

Eine larvierte Methode des Hypnotisierens hat Eulenburg angegeben. Er setzt die zu hypnotisierende Person, ohne mit ihr von Hypnose irgend etwas zu sprechen, an den galvanischen Apparat und suggeriert ihr, während er mit Hilfe der Kopfelektroden einen schwachen Strom durchleitet, zuerst die Erscheinungen der Ruhe und Ermüdung, sodann die therapeutischen Ratschläge, Erwartungen usw., die dem betreffenden Krankheitsfalle angemessen sind. In einem derartigen Falle sah Eulenburg bei der Durchleitung des galvanischen Stromes durch den Kopf sogar lethargische Zustände auftreten, allerdings bei einer Patientin, die auch spontane Lethargien dargeboten hatte. Eine andere vielfach übliche larvierte Methode des Hypnotisierens besteht in der Anwendung des Stahlmagneten. Man bringt hinter der auf einem Stuhle sitzenden Versuchsperson einen großen Stahlmagneten so an, daß seine beiden Pole auf den Nacken der Person gerichtet sind oder diesem anliegen. Sodann suggeriert man, daß durch die Strahlen, die von dem starken Magneten ausgingen, Müdigkeit und Linderung der vorhandenen Beschwerden eintreten werden usf. In dieser Weise ist der Stahlmagnet vielfach als larviertes Suggestionsmittel angewandt worden, in früherer Zeit bereits von Paracelsus, in neuerer Zeit besonders von Binet, Féré, Ballet, Proust, Landouzy u. a. Benedikt ist in der Wertschätzung dieses Verfahrens sogar so weit gegangen, daß er meint, durch die Anwendung des Stahlmagneten die gesamte Hypnotherapie überflüssig zu machen. Ich stehe auf dem entgegengesetzten Standpunkt. Da wir heute überzeugt sind, daß reelle therapeutische Wirkungen von dem Stahlmagneten nicht ausgehen, halte ich es für richtiger, unsere Suggestiv- und

Psychotherapie nicht auf einer Täuschung des Kranken aufzubauen, sondern ein direktes Suggestivverfahren zur Anwendung zu bringen. Daß der geschickte Suggestivtherapeut bei jeder ärztlichen Manipulation, sei es die Anwendung des Stahlmagneten, der Massage, der statischen Elektrizität usf. indirekte Suggestionen von therapeutischer Tragweite erteilen kann und in gewissem Sinne auch stets erteilen wird und soll, versteht sich am Ende von selbst. Trotzdem wird man auf derartige angeblich somatisch wirkende Manipulationen, deren Wert ausschließlich in einer larvierten Suggerierung gelegen ist, eine allgemein anwendbare Methodik besser nicht gründen, schon um den Anschein der Unwissenschaftlichkeit zu vermeiden.

Den vorher aufgezählten, mehr oder weniger blanden Methoden des Hypnotisierens ist die Schreckhypnose gegenüberzustellen, von der besonders Charcot einen ausgedehnten Gebrauch gemacht hat. Charcot suchte durch plötzliches Aufleuchten eines intensiven Drummondschen Kalklichtes, durch Anwendung eines unvermutet geschlossenen starken elektrischen Stromes oder durch das unerwartete Geräusch eines Tamtams, einer lauten Stimmgabel oder dergleichen bei seinen Kranken einen starken Schreck hervorzurufen, der dann die Einleitung einer kataleptischen, lethargischen oder somnambulen Phase der Hypnose bildete. Das ist natürlich wenig empfehlenswert; denn erstens führt dieses Verfahren wohl nur bei Hysterischen zum Ziele, zweitens sind die dadurch hervorgerufenen Hypnosen durchaus abnormen Charakters, endlich aber treten bei dieser brutalen Hypnotisierungsmethode schädliche Neben- und Nachwirkungen auf, die sich bei den blanden Hypnotisierungsmethoden vermeiden lassen. Dagegen haben wir bereits oben gesehen, daß es unter Umständen, z. B. bei skeptischen, kindischen und respektlosen Personen sehr wohl angezeigt sein kann, gelegentlich von einem strengeren Auftreten, einer Einschüchterung oder ähnlichen Ein-

wirkungen, wenn auch von viel geringerer Intensität, Gebrauch zu machen.

Die Überführung des natürlichen Schlafes in die Hypnose ist von verschiedenen Autoren als Hypnotisierungsmittel angegeben worden. Besonders die Laien, die sich mit der Ausübung der hypnotischen Therapie beschäftigen, machen gern von diesem Verfahren Gebrauch. Sie suchen die zu hypnotisierende Person zur Zeit des Mittagsschlafes oder der Nachtruhe in ihrer Wohnung auf, setzen sich durch leise „gegen die Magengrube" geflüsterte Suggestionen mit dem Schlafenden in Rapport und schließen daran die therapeutische Beeinflussung. Ich halte diese Methode, die ich im Gegensatze zu der oben geschilderten abnormen Schlafhypnose als normale Schlafhypnose bezeichnen möchte, für nicht geeignet. So oft ich selbst den Versuch gemacht habe, den normalen Schlaf eines Menschen in eine Hypnose umzuwandeln, fand ich, daß die Versuchsperson entweder weiterschlief, ohne sich um meine Suggestionen zu kümmern, oder daß sie erwachte und sich dann selbstverständlich wie jeder Wache verhielt, der der Hypnotisierung unterworfen wird. Dieser Tatbestand entspricht auch völlig der von mir vertretenen Auffassung der Beziehungen zwischen Schlaf und Hypnose, die ich unten entwickeln werde. Einen positiven Vorteil kann ich allerdings dieser normalen Schlafhypnose nicht absprechen: man kann nach dem Erwachen der Versuchsperson die unglaublichsten Dinge einreden, die angeblich in der Hypnose passiert sein sollen und die für die therapeutische Wirksamkeit des Vorgehens Zeugnis ablegen sollen. Vielleicht ist diese Spekulation der Grund, weshalb viele Laienhypnotiseure das geschilderte Verfahren bevorzugen. Jedoch soll nicht unerwähnt gelassen werden, daß in neuester Zeit auch ein ernsthafter Forscher, Paul Farez, die normale Schlafhypnose bei einer großen Anzahl von Geisteskranken studiert und empfohlen hat. Ich muß freilich gestehen, daß ich auch dieser Empfehlung gegenüber in meiner Skepsis verharre,

zumal ich Geisteskranke noch stets für hypnotische Beeinflussungen ebenso unzugänglich wie ungeeignet fand.

Bei Personen, die den üblichen Hypnotisierungsmethoden gegenüber refraktär bleiben, hat man vielfach versucht, narkotische Mittel zur Erzielung eines hypnoseähnlichen Zustandes heranzuziehen. Besonders v. Schrenck-Notzing hat die Erscheinungen dieser Narkosehypnose eingehend untersucht und gefunden, daß der indische Hanf (Haschisch), das Opium, Morphium, Chloralhydrat und Chloroform zur Einleitung einer Hypnose mit Erfolg angewendet werden können. Von anderer Seite sind Brompräparate, Paraldehyd und ähnliche Mittel empfohlen worden; in neuester Zeit hat ein französischer Priester als bequemstes Verfahren des Hypnotisierens die Inhalation einiger Tropfen Äther angepriesen. Zur allgemeinen Anwendung eignen sich derartige Vorschläge nach meiner Meinung sicherlich nicht. Ich halte es für einen groben Unfug, wenn einzelne Hypnotiseure fast jeden Patienten, der sie zum Zwecke der hypnotischen Behandlung aufsucht, unter Morphium setzen oder mit kräftigen Dosen Chloralhydrat, Veronal oder dergl. regalieren; ein Unfug, der noch empörender wird dadurch, daß sogar Laien von diesem Verfahren Gebrauch machen und sich öffentlich dazu bekennen (cf. Gerling: Handbuch der hypnotischen Suggestion, 2. Aufl., S. 21—22, 1899). Die Erzielung einer tiefen Hypnose quand même muß meines Erachtens in den meisten Fällen scharf verurteilt werden. Ich widerrate unbedingt den Versuch, eine oberflächliche oder mitteltiefe Hypnose durch Anwendung narkotischer Mittel vertiefen zu wollen, zumal ja die Suggeribilität und der therapeutische Endeffekt, wie wir wissen, von der Tiefe der Hypnose nicht abhängt. Nur unter drei ganz bestimmten Indikationen möchte ich der Narkosehypnose eine Berechtigung zugestehen. 1. In Fällen von Hysteria gravis mit ausgeprägten hysterischen Symptomen, z. B. Kontrakturen, Aphonien usw., die jeder anderen Art des Hypnotisierens und Suggerierens beharrlich Widerstand

leisten und in denen man die Überzeugung hegen darf, daß durch das Gelingen einer somnambulen Hypnose das Krankheitsbild mit einem Schlage eine günstige Wendung erfahren könnte, — 2. in sehr vereinzelten Fällen nicht hysterischer Art, in denen krankhafte Neigungen, Zwangszustände oder hypochondrische Wahnideen, — z. B. sexuelle Zwangshandlungen, schwere Formen des Alkoholismus, des Morphinismus, der traumatischen Neurose usw. — das Seelenleben der Patienten ungewöhnlich stark bedrücken, — 3. als Hilfsmittel bei kleinen operativen Eingriffen der zahnärztlichen, gynäkologischen, chirurgischen Praxis halte ich einen Versuch mit narkotischen Medikamenten für angezeigt. Ich lasse in solchen seltenen Fällen wenige Tropfen Chloroform, Äther oder Äthylchlorid einatmen oder 1 g Chloralhydrat in verdeckter Lösung einnehmen, um einen hypnoseähnlichen Zustand mit mehr oder minder großer Suggeribilität herbeizuführen. Noch geeigneter erwies sich mir in letzter Zeit das bromwasserstoffsaure Skopolamin, besonders in der von mir eingeführten Form des Morphosan-Euskopol-Narkosegemisches (vgl. L. Hirschlaff: Zur neueren Skopolaminforschung, mit besonderer Berücksichtigung des Morphosan-Euskopol-Narkosegemisches. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 41, (1/3), 1918). Ich verabreiche zum Zwecke einer Narkosehypnose entweder innerlich 2—4 g einer Lösung 0,05 g Euskopol : 100,0 g Aq. dest., oder subkutan 1—2 ccm des Morphosan-Euskopol-Narkosegemisches, das von der Firma J. D. Riedel-Berlin-Britz in den Handel gebracht wird. In analoger Weise ist der Gebrauch der Narkosehypnose jüngst von Hallauer in der gynäkologischen, von Barth in der otorhinolaryngologischen Praxis empfohlen worden, sowie von Rothmann (1916) u. a. zur Behandlung refraktärer Fälle von Kriegshysterie. Gulliver (1915) rät bei Kindern zwecks kleiner chirurgischer Eingriffe eine larvierte Narkosehypnose zur Anwendung zu bringen, durch Vorhalten einer Chloroformmaske, die mit einigen Tropfen Alkohol

oder Lavendeltinktur beträufelt wird. Ich habe öfters mit dem gleichen Vorgehen Erfolge erzielen können.

Die Wiederholung der Hypnotisierung einer und derselben Versuchsperson hat man sich häufig dadurch zu erleichtern gesucht, daß man der Person in der ersten Hypnose suggerierte, sie würde später stets auf ein bestimmtes Kommando oder auf ein verabredetes Stichwort hin von selbst in Hypnose verfallen. Selbstverständlich gelingt das nur bei Somnambulhypnotischen; aber auch hier würde ich eine solche Kommando- oder Stichworthypnose keineswegs empfehlen. Man sollte auch bei leicht hypnotisierbaren Personen alles vermeiden, was den Patienten den Eindruck erweckt, daß sie in einer so hochgradigen Abhängigkeit vom Hypnotiseur stehen. Auch könnte leicht in solchen Fällen eine spontane Hypnose eintreten, wenn das verabredete Stichwort zufällig einmal von anderer Seite gebraucht wird. Ich scheue die kleine Mühe nicht, jeden noch so leicht dressierbaren Patienten auch bei jeder wiederholten Hypnose stets in der gleichen mehr oder weniger umständlichen Weise zu hypnotisieren wie bei der ersten Hypnose, von geringfügigen Kürzungen natürlich abgesehen.

An letzter Stelle endlich soll der fraktionierten Methode des Hypnotisierens gedacht werden, wie sie von Großmann und besonders von Vogt und seinen zahlreichen Schülern geübt wird. Das Prinzip dieser Methode besteht nach der Schilderung Brodmanns darin, daß man mehrere kurze, durch entsprechende Pausen unterbrochene Hypnosen nacheinander ausführt, ehe man dem Patienten therapeutische Suggestionen erteilt. Es soll dadurch eine Vertiefung des hypnotischen Zustandes erreicht werden, mit dem eine Erweiterung der therapeutischen Suggeribilität nach der Lehre Vogts Hand in Hand geht. Man benutzt hierbei die ersten kurzdauernden Hypnosen, um die suggerierten Erscheinungen der Müdigkeit, Schwere usw. immer mehr zu verstärken, und befragt in den Pausen den Patienten darüber, in welchem

Maße die voraufgegangenen Suggestionen sich verwirklicht hätten, um das weitere Vorgehen darauf zu basieren. Während die Mehrzahl der Autoren diese fraktionierte Methode des Hypnotisierens als einen Fortschritt bezeichnet, kann ich selbst dieser Auffassung nicht beipflichten. Ich finde durchaus keinen gesetzmäßigen, konstanten Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer experimentellen hypnotischen Beeinflußbarkeit und der Wirkung psychotherapeutischer Suggestionen. Und wenn es auch wahr ist, daß viele Patienten in der Autosuggestion befangen sind, daß das Auftreten möglichst imposanter hypnotischer Phänomene für die Heilung ihrer Beschwerden eine notwendige Voraussetzung sei, so sollten wir uns doch hüten, sie in dieser irrigen Auffassung zu bestärken und ihre Denkrichtung auf falsche, mit dem Wesen und Wert der geübten Therapie nicht übereinstimmende Bahnen zu lenken. Weniger hypnotische Dressur und mehr wohldurchdachte, auf psychophysiologischer Basis sich aufbauende Psychotherapie sollte die zukünftige Losung der wissenschaftlichen Hypnotherapie sein, wie dies übrigens auch von anderer Seite, z. B. von Ringier, Wegner u. a. hervorgehoben worden ist.

3. Die Dauer der therapeutischen Hypnosen.

Die speziellen Suggestionen, die zu therapeutischen Zwecken in der durch die beschriebenen Methoden eingeleiteten Hypnose zu geben sind, werden uns im nächsten Kapitel beschäftigen. An dieser Stelle sollen vorerst noch einige technische Bemerkungen Platz finden, die sich auf die Hypnose als solche beziehen.

Die Dauer der therapeutischen Hypnose schwankt naturgemäß je nach dem Effekt, den man zu erzielen wünscht. Glaubt man, wie es in den weitaus meisten Fällen die Regel ist, daß es fast ausschließlich der psychotherapeutische Effekt sei, auf den es bei der Bekämpfung des vorliegenden Leidens ankommt, so wird man sich auf kurze, 10—15 Minuten dauernde Hypnosen

beschränken können, wie es bei dem System der Einzelhypnose auch kaum anders möglich ist. In anderen Fällen dagegen, in denen man den Eindruck hat, daß der hypnotische Ruhezustand als solcher zu der Heilung des Kranken wesentlich beizutragen vermag, wie z. B. bei der Behandlung von Tics, Tremor, Schlaflosigkeit usf., wird man die Hypnose längere Zeit, etwa bis zu zwei Stunden ausdehnen. Im letzten Falle ist es natürlich unmöglich, sich während dieser ganzen Zeit suggestivtherapeutisch mit dem Hypnotisierten zu beschäftigen. Es genügt, sich in angemessenen Zwischenräumen von der Fortdauer des hypnotischen Ruhezustandes zu überzeugen und angemessene therapeutische Suggestionen zu geben.

Einen sehr großen Fortschritt in der Behandlung mancher Krankheitszustände verdanken wir der von Wetterstrand in die Therapie eingeführten Dauerhypnose. Sie besteht darin, daß wir die Patienten tage- und wochenlang in der Hypnose verharren lassen. Es begreift sich leicht, daß diese Art der Behandlung nur in Betracht kommen kann bei dauernder Bettruhe des Patienten, sei es in dessen Wohnung, sei es in einer Klinik oder einem geeigneten Sanatorium. Man leitet hierbei die Hypnose in der gewöhnlichen Weise ein und gibt den Patienten die Suggestion, daß sie dauernd, Tag und Nacht fortschlafen würden, bis sie vom Hypnotiseur wieder erweckt würden. Die Funktionen des Essens und der notwendigen körperlichen Bedürfnisse kann man hierbei suggestiv so regeln, daß sie zu einer bestimmten Zeit erfolgen und daß die Patienten dazu halb oder ganz wach werden, um unmittelbar nachher von selbst wieder einzuschlafen. Es genügt nach meiner Erfahrung, die in der Dauerhypnose befindlichen, bettlägerigen Patienten täglich einmal zu besuchen, um ihnen auch psychotherapeutische Beeinflussungen wiederholter und energischer Art zuteil werden zu lassen. Auch kann man einer geeigneten Pflegeperson oder einer verständigen Angehörigen des Kranken die Beaufsichtigung des Zustandes anvertrauen und den

Patienten die Suggestion erteilen, daß sie den Weisungen dieser betreffenden Hilfsperson in bezug auf das Essen und die sonstigen Verrichtungen ebenso strikt Folge leisten werden wie den Befehlen des Hypnotiseurs. Natürlich kann man mit dieser Dauerhypnose eine Mastkur in optima forma verbinden, da die Patienten wie ein Automat jede Art und jedes Quantum Nahrung zu sich nehmen. Ich habe auf diese Weise durch Dauerhypnosen von acht Tagen bis zu sechs Wochen so glänzende Resultate in physischer und psychischer Beziehung erzielt, wie ich sie sonst bei keiner anderen Behandlungsmethode je gesehen habe. Leider ist der Kreis der Patienten, die sich zu einer dauerhypnotischen Behandlung eignen, außerordentlich beschränkt. Nach meiner Erfahrung bieten lediglich solche Fälle von Hysterie und chronischen Intoxikationen, z. B. Alkoholismus usw., Aussicht, die eine normale Somnambulhypnose liefern. Wenn Wetterstrand empfiehlt, die Dauerhypnose auch bei oberflächlich hypnotisierten Patienten zur Anwendung zu bringen, die dann, da sie nicht erweckt wurden, eventuell ein halbes Jahr ihren Beschäftigungen nachgehen und dabei in stetem Rapport mit dem Hypnotiseur angeblich nur solche Handlungen ausführen, die von diesem befohlen wurden, so muß ich offen gestehen, daß mir für diesen Vorschlag jedes Verständnis abgeht. Eine Forcierung des Dauerschlafes durch regelmäßige Darreichung von Brompräparaten oder narkotischen Medikamenten dürfte nur in den allerseltensten Fällen in Betracht kommen.

4. Das Erwecken.

Die Beendigung einer Hypnose kann leicht vollzogen werden, indem man dem Patienten zuruft: „Wachen Sie auf!", oder indem man ihn anbläst, seine Stirne reibt und dergleichen mehr. Diese einfachen Methoden des Erweckens sind jedoch nicht empfehlenswert, da hierbei leicht Störungen des Wohlbefindens vorkommen können. Vielmehr setzt sich eine gute Vorschrift

des Erweckens, die man heute analog dem gebräuchlichen Einschläferungsverfahren am besten in eine verbale Form kleidet, aus folgenden drei Teilen zusammen:

1. Negative dehypnotisierende und desuggerierende Verbalsuggestionen. Es ist unbedingt erforderlich, die bei der Einleitung der Hypnose gegebenen Suggestionen der Müdigkeit, Schwere usw. rückgängig zu machen oder aufzuheben. Von besonderer Bedeutung werden solche dehypnotisierenden Suggestionen in der experimentellen Hypnose sein, obwohl wir ja zu therapeutischen Zwecken von Experimenten abzusehen gelernt haben. Trotzdem möchte ich an dieser Stelle hervorheben, daß es auch in der experimentellen Hypnose notwendig ist, ausdrücklich zu suggerieren, daß von den vorgenommenen Experimenten keinerlei üble Nachwirkungen ausgehen werden, sowie daß die etwa vorher hervorgerufenen Steifigkeiten der Glieder, Empfindungsstörungen, Gemütserregungen usw. völlig beseitigt sein werden. Der ungeübte Hypnotiseur, der derartige Vorsichtsmaßregeln nicht kennt, wird sich nicht wundern dürfen, daß nach aufregenden Experimenten in der Hypnose allerlei unliebsame Störungen zurückbleiben, die dann als Gefahren der Hypnose ausgegeben werden. Ich kann versichern, daß nach einer normalen Somnambulhypnose, auch nach anstrengenden und aufregenden Experimenten, die zu wissenschaftlichen Zwecken vorgenommen wurden, niemals irgendwelche Störungen zur Beobachtung kamen, falls das Erwecken in vorschriftsmäßiger Weise vorgenommen wurde.

2. Positive Suggestionen des Wohlbefindens und der Euphorie. Nach Ausschaltung der Störungen, die unter Umständen durch die Hypnose gesetzt werden könnten, soll beim Erwecken noch einmal ausdrücklich ein gutes und behagliches Wohlbefinden suggeriert werden. Häufig ist es nützlich, an dieser Stelle die innerhalb der Hypnose gegebenen therapeutischen Suggestionen in wenigen Worten zusammenzufassen und zu wiederholen.

3. Das eigentliche Erwecken. Es ist empfehlenswert,

allmählich zu erwecken und alle brüsken Übergänge zu vermeiden. Ich pflege die Hypnotisierten, indem ich bis drei zähle, aufzufordern, bei dem Kommando: „drei" die Augen von selbst zu öffnen. Dabei unterstütze ich den Vorgang, indem ich mit Hilfe der den Augenlidern der Patienten aufliegenden Finger die oberen Lider sanft nach oben ziehe.

Auf diese Weise gestaltet sich die Durchschnittsformel des Erweckens aus der therapeutischen Hypnose folgendermaßen: „Ich werde jetzt allmählich die Hypnose aufheben. — Die Müdigkeit verschwindet, — die Schwere weicht aus den Gliedern, — Sie fühlen sich wohl und behaglich. — Ich werde jetzt langsam bis drei zählen; — bei drei werden Sie die Augen ganz leicht öffnen, — werden sich frisch und munter fühlen — und keinerlei Beschwerden von der Hypnose haben —: eins, — zwei, — drei!"

Bei einer ersten Hypnotisierung wird man im allgemeinen guttun, diese Formel noch etwas ausführlicher zu gestalten und hinzuzufügen, daß keinerlei unangenehme Empfindungen im Kopf oder in den Augen, keine Müdigkeit und kein Schwindelgefühl und dergleichen nach der Hypnose vorhanden sein werden. Bei tiefer Somnambulhypnose ist es ratsam, nach der ersten Hypnose die Suggestion einzuschalten, daß die Person in Zukunft nur von einem Arzt und nur zu ärztlichen Zwecken werde hypnotisiert werden können, damit mißbräuchlichen Hypnotisierungsversuchen, wie sie leider nicht selten vorkommen, nach Möglichkeit vorgebeugt wird. Endlich ist noch eine Bemerkung hinzuzufügen: das Wort „erwecken" sollte in der Formel, mit der die Beendigung der Hypnose herbeigeführt wird, ebenso sorgfältig vermieden bzw. nur unter bestimmten Voraussetzungen angewandt werden, wie wir dies früher bezüglich des Wortes „einschlafen" bei der Einleitung der Hypnose auseinandergesetzt haben.

Über das Verhalten gegenüber den Hypnotisierten nach beendeter Hypnose ist folgender Rat zu beherzigen:

Man vermeide es, nach der Hypnose die Patienten darüber auszufragen, ob sie in der Hypnose das gefühlt hätten, was man ihnen suggeriert hatte, oder was sie etwa gefühlt hätten, oder endlich ob sie sich nach der Hypnose besser befänden und von ihren Beschwerden befreit oder erleichtert fühlten. Man wird durch derartige Fragen in der Regel die Patienten nur desillusionieren und ihre Aufmerksamkeit von der beabsichtigten Heilwirkung ablenken. Es ist deshalb besser, sich nach beendeter Hypnose grundsätzlich auf keinerlei Unterhaltung mit den Patienten einzulassen, sondern sie ungestört dem Eindrucke und der Nachwirkung der gegebenen Suggestionen zu überlassen. Ich untersage es deshalb auch meinen Patienten, sich mit Angehörigen, guten Freunden, anderen Patienten usw. auf dem Nachhausewege über die Hypnose zu unterhalten, mit der Angabe, daß dadurch die Wirkung des Verfahrens abgeschwächt wird. In den seltenen Fällen, in denen es etwa einmal notwendig erscheinen sollte, sich über den Tiefengrad der erzielten Hypnose und über die Intensität der Realisation der gegebenen Suggestionen durch Befragen des Patienten zu orientieren, soll dies nicht unmittelbar nach beendeter Hypnose, sondern erst vor Beginn der folgenden Hypnose geschehen. Auch über die etwa eingetretene Heilwirkung der Hypnose soll erst in diesem Zeitpunkt Erkundigung eingezogen werden.

Kapitel IV.

Praktische Suggestivtherapie.

a) Allgemeine Bemerkungen.

Wir haben in der Einleitung des vorigen Kapitels die experimentelle von der therapeutischen Hypnose unterschieden. Wir haben gesehen, daß alle diejenigen spezifischen Phänomene, die der experimentellen Hypnose ihren charakteristischen Stempel aufprägen, in der therapeutischen Hypnose fortfallen. Während die experimentelle Hypnose möglichst vertieft werden muß, um das Gelingen der spezifischen Experimente zu sichern, ist die therapeutische Hypnose in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle eine oberflächliche; und selbst, wenn sie eine Somnambulhypnose ist, so vermeiden wir es grundsätzlich, sie als solche dem Patienten oder uns selbst zu demonstrieren.

Die gleichen Gesichtspunkte leiten uns bei der Betrachtung der Suggestionslehre. Auch unter den Suggestionen müssen wir unterscheiden zwischen den experimentellen und den therapeutischen Suggestionen. Die experimentellen Suggestionen sind ausgezeichnet durch die tiefe Alteration des seelischen Zustandes, die sie zur Voraussetzung haben. Wenn wir die Suggestion der Katalepsie, der Anästhesie oder die Suggestion von Halluzinationen hervorrufen, so ist die Voraussetzung der Realisation dieser Suggestionen die spezifische Veränderung des Seelenlebens, die durch die genuine Hypnose hervorgerufen wird; wobei wir von den geringfügigen und in ihrer Deutung prinzipiell zu unterscheidenden Manifestationen der oberflächlichen Hypnose absehen. Derartige Suggestionen, deren Realisation auf dem Vorhandensein einer

spezifischen Hypnose beruht, will ich daher als echte, spezifische Suggestionen bezeichnen. Nun müssen wir aber den Satz aufstellen: spezifische Suggestionen sind für die praktische Suggestivtherapie in der Regel wertlos und schädlich. Daß die hypnotischen Experimente als solche nicht geeignet sind, die Gesundheit des Nervensystems zu fördern, sondern eher zu gefährden, wenn man nicht besondere Vorsichtsmaßregeln anwendet, bedarf keines weiteren Nachweises. Aber selbst den Krankheitserscheinungen gegenüber werden spezifische Suggestionen nur höchst ausnahmsweise in Betracht kommen. Wenn es auch gelegentlich gelingt, die vorhandenen Schmerzen und sonstigen Beschwerden in einer tiefen Somnambulhypnose durch die bloße Halluzinierung des Patienten zu beseitigen, so werden doch derartige Erfolge stets vorübergehende sein, deren therapeutischer Wert daher kaum hoch angeschlagen werden kann. Im Gegensatze dazu sind diejenigen therapeutischen Suggestionen, denen wir dauernde, zuverlässige Erfolge verdanken, von durchaus anderem Charakter. Sie erfordern keinerlei spezifische Alteration des Seelenlebens, um zur Annahme zu gelangen. Sie stellen vielmehr einfache ärztliche Ermahnungen, Belehrungen und dergleichen dar, die sich im Prinzip in keiner Weise von den psychotherapeutischen Aktionen unterscheiden, die wir auch im Wachleben jederzeit zur Anwendung bringen. Zu ihrer Realisation ist daher auch keine pathologische Suggeribilität erforderlich, wie bei den experimentellen Suggestionen. Es genügt vielmehr, die Faktoren des normalen Seelenlebens, wie die Hoffnung, das Vertrauen und die Willenskraft des Patienten, zu ihrem Zustandekommen heranzuziehen. Wenn wir demnach den Begriff der Suggestionen so streng fassen, wie es durch die historische Entwicklung unserer Wissenschaft und die psychologische Analyse des Tatbestandes in gleicher Weise erforderlich erscheint, so werden wir sagen müssen: ebensowenig wie die praktische Hypnotherapie von den spezi-

fisch-hypnotischen Zuständen Gebrauch macht, sondern sich vielmehr fast ausschließlich auf die pseudohypnotischen Zustände beschränkt, ebenso soll die praktische Suggestivtherapie von den spezifischen Suggestionen Abstand nehmen und sich fast ohne Ausnahme auf pseudosuggestive, psychotherapeutische Einwirkungen beschränken.

Dies vorausgeschickt, wollen wir nunmehr die allgemeinen Gesichtspunkte besprechen, die für die Abfassung oder Redaktion der therapeutischen Suggestionen zu berücksichtigen sind. Während man sich in früheren Zeiten wohl darauf beschränkte, den therapeutischen Effekt, den man hervorzurufen wünschte, in imperativer Form den Patienten einzugeben, haben wir jetzt gelernt, die Suggestionen vollkommener auszustatten und sie den Patienten gleichsam mundgerecht zu machen, da wir ja an die gesteigerte Suggeribilität in der Hypnose wenigstens für die weitaus größte Mehrzahl aller Fälle zu glauben verlernt haben. Es sind im wesentlichen drei Vorschriften, die für die Redaktion der therapeutischen Suggestionen Geltung haben:

1. Die Suggestionen sollen aktiviert werden. D. h. wir sollen uns bemühen, den Suggestionen, soweit es angängig ist, eine scheinbare oder reelle physiologische Unterlage zu geben, anstatt uns auf die bloßen verbalen Suggestionen zu verlassen. Aus diesem Gesichtspunkte heraus wird man bestrebt sein müssen, die Verbalsuggestionen, die in dem einzelnen Falle notwendig erscheinen, mit physischen Einwirkungen irgendwelcher Art zu kombinieren und sie darauf zu stützen. Der gleiche Grundsatz gilt ja bekanntlich auch für jede Art Psychotherapie im Wachzustande, die sich nicht damit begnügen darf, die funktionellen Beschwerden der Kranken logotherapeutisch auszureden, sondern sich vielmehr bemühen muß, den verbalen Einflüssen eine mehr oder minder zureichende, handgreifliche Basis zu geben. Die Hilfsmittel, die speziell für die Suggestivtherapie in der hypnotischen Praxis in Gebrauch sind, sind mannigfacher Natur. Unter

den scheinbar aktivierenden Hilfsmitteln nenne ich den physikalischen und animalischen Magnetismus, unter den reellen Faktoren die Massage, die Elektrizität in ihren mannigfachen Anwendungsformen, die gymnastischen und sonstigen Übungen usf. Einige kurze Beispiele mögen das Gesagte erläutern. Die suggestive Bekämpfung irgend eines Schmerzes wird nicht in der Weise erfolgen können, daß man dem Patienten einfach sagt: „Der Schmerz verschwindet" oder: „Der Schmerz wird nach der Hypnose verschwunden sein." Sondern man wird etwa seine Hand leicht auf die schmerzhafte Stelle auflegen und suggerieren, daß durch die angenehme Wärme, die dadurch entsteht, der Schmerz gelindert wird; oder man wird einen schwachen elektrischen Strom oder eine milde Massage in der Hypnose zur Anwendung bringen, indem man den zu suggerierenden Heilerfolg durch diese Manipulationen aktiviert. Ebenso wird man bei Bewegungsstörungen gymnastische Übungen, bei Sprachstörungen, Sprachübungen usf. in der Hypnose zur Anwendung bringen. Es versteht sich von selbst, daß es nicht notwendig ist, diesen aktivierenden Übungen in der Hypnose den gleichen Umfang zu geben, wie es etwa im Wachzustande bei den gleichen Beschwerden der Fall sein müßte. Gewöhnlich genügen geringfügige Andeutungen dieses Vorgehens in der Hypnose, um den gleichen Effekt zu erzielen, den man sonst nur durch mühsame und zeitraubende Applikationen während des Wachzustandes erzielt. Auch kann man die betreffenden aktivierenden Maßnahmen außerhalb der Hypnose vornehmen, wie z. B. Gehübungen bei Agoraphobie usw., indem man in der Hypnose suggestiv auf die vorangegangenen Übungen Bezug nimmt und die verbalen Suggestionen auf diese Weise aktiviert.

2. Die Suggestionen sollen detailliert werden. Es genügt nicht, dem Hypnotisierten die einmalige summarische Versicherung zu geben, daß die Besserung der vorhandenen Beschwerden eintreten werde, sondern es ist notwendig, die zu erwartenden Erfolge in allen ihren Details

anschaulich zu schildern und in häufigen Variationen zu wiederholen. Nur in den einfachsten Fällen, etwa bei der Bekämpfung krankhafter Neigungen, wird man sich damit begnügen dürfen, eine bestimmte Formel — z. B.: „Sie werden von jetzt an einen heftigen Widerwillen gegen alle alkoholischen Getränke verspüren und niemals wieder solche zu sich nehmen" — verbotenus mehrere Male in angemessenen Zwischenräumen während der Hypnose zu wiederholen. In der Regel wird es erforderlich sein, in das Detail der physiologischen und psychologischen Analyse der vorliegenden Störungen einzudringen und die therapeutischen Suggestionen darauf zu basieren. Die Suggestion: „Sie werden von jetzt an regelmäßig nachts schlafen," wird sich in Fällen echter Schlaflosigkeit schwerlich jemals realisieren. Vielmehr wird es zweckmäßig sein, in solchen Fällen zu suggerieren, „daß gegen Abend eine immer mehr zunehmende Müdigkeit eintreten werde, daß keinerlei Angstvorstellung, keinerlei störende Gedanken den Eintritt des Schlafes verhindern werden, daß eine allgemeine körperliche und geistige Ruhe sich bemerkbar machen werde, sobald der Patient sich hingelegt habe, daß auch bei gelegentlichem Aufwachen in der Nacht kein unruhiges Umherwälzen, sondern sofort wieder tiefer, fester Schlaf sich einstellen werde, daß nach dem Erwachen das Gefühl der Erquickung und des Ausgeschlafenhabens vorhanden sein werde," und Ähnliches mehr. Unter Umständen allerdings kann es auch vorteilhafter sein, auf verbale Suggestionen überhaupt zu verzichten und sich auf prähypnotische Einwirkungen zu beschränken. Z. B. in Fällen von Trigeminusneuralgien, Tics facials, Erbrechen der Schwangeren usf., besonders wenn es sich um sehr oberflächliche hypnotische Zustände handelt.

3. Die Suggestionen sollen motiviert werden. Der Hypnotiseur soll nicht befehlen oder prophezeien, daß der Heilerfolg in der Hypnose eintreten werde, sondern er soll den zu erstrebenden Heilerfolg dem Hypnotisierten

gegenüber begründen. Nicht weil der Hypnotiseur es befiehlt, sondern z. B. weil die Nerven durch die hypnotische Behandlung beruhigt und gekräftigt werden, verschwinden — so suggerieren wir — die Symptome der Krankheit. Zu dieser suggestiven Motivation können natürlich alle diejenigen Faktoren benutzt werden, deren wir bei der Besprechung der aktivierenden Hilfsmittel gedacht haben. Auch die sonstigen ärztlichen Maßnahmen, denen wir die Patienten außer der hypnotischen Behandlung unterwerfen, seien sie physikalischer, diätetischer oder medikamentöser Natur, können mit Erfolg zur Begründung der therapeutischen Suggestionen herangezogen werden. Ist keine andere Anknüpfung gegeben, so pflege ich die Hypnose als solche suggestivtherapeutisch zu verwerten. Z. B. bei der Beseitigung von Gemütsverstimmungen, Angstzuständen usw. würde ich demnach etwa folgendermaßen suggerieren: „Durch die hypnotische Behandlung werden Ihre Nerven in immer steigendem Maße beruhigt werden. Sie werden fühlen, wie jede Spannung, jede Erregung im Körper nachläßt, wie eine heitere Ruhe in Ihr Inneres einzieht und das Gleichgewicht der Seele allmählich sich wiederherstellt. Besonders unmittelbar nach der Hypnose werden Sie sich jedesmal erleichtert und wie von einer Last befreit fühlen. Jede Angst, jede Verstimmung wird von Ihnen gewichen sein. Sie werden sich innerlich heiter und zuversichtlich fühlen. Sobald Sie wieder auf die Straße hinauskommen, werden Sie die frische Luft in vollen Zügen einatmen, werden elastisch einhergehen, sich des Lichtes und der Farben in der Natur freuen. Diese Wirkung der Hypnose wird jedesmal deutlicher und intensiver eintreten und immer länger andauern, so daß Sie immer widerstandsfähiger werden gegenüber den Sorgen und Ärgernissen des Lebens usf."

Im Zusammenhang mit diesem Gesichtspunkte ist es notwendig, über das Tempo zu sprechen, das wir in der Suggestivtherapie zur Anwendung

bringen sollen. Hier ist eine Warnung am Platze: alles Überstürzen der zu suggerierenden Erfolge ist vom Übel. Es ist gewiß imposanter, wenn man den Kranken, der uns zum Zwecke der hypnotischen Behandlung aufsucht, nach einer einmaligen Hypnose gesund oder doch von seinen Beschwerden befreit nach Hause entlassen kann. Und es ist auch nicht zu leugnen, daß derartige Heilerfolge und „Wunderkuren“ gelegentlich vorkommen, in der Hauptsache bei einzelnen Hysterischen, aber auch nicht ganz selten bei Kindern, bei neurasthenischen Angstzuständen, krankhaften Neigungen und dergleichen mehr. Indessen, solche Erfolge bilden unstreitig die Ausnahme. Sie sind nicht eben selten ephemer, stets symptomatisch und nur für denjenigen Therapeuten eine Quelle der Befriedigung, der seine eigenen Leistungen in unkritischer Weise überschätzt. Jeder wahrhafte Psychotherapeut wird langsam fortschreitende, aber dafür um so dauerndere und zuverlässigere Erfolge vorziehen. Daher gilt es als Regel, daß die Besserung der Beschwerden in der Hypnose stufenweise und allmählich suggeriert werden soll. Dabei wird man sich in jedem Falle nach den Beobachtungen und individuellen Eigentümlichkeiten des einzelnen Krankheitsbildes richten. Man wird dreister suggerieren dürfen, wenn der Patient bereits nach der ersten, oder vielmehr vor der zweiten Hypnose angibt, eine starke Besserung seines Befindens erfahren zu haben. Man wird vorsichtiger zu Werke gehen müssen in chronischen Krankheitsfällen, in denen die Vorstellung des Krankseins bzw. des Nichtgesundwerdenkönnens sich bei dem Patienten fest eingenistet hat. Vor allem aber wird man sich hüten müssen vor unwahrscheinlichen Suggestionen, deren Mißlingen dem Kranken sofort in die Augen fällt. Es ist besser, in schwierigen Fällen sich zunächst auf unbestimmte, allgemeine therapeutische Suggestionen zu beschränken und erst allmählich schrittweise auf ein bestimmtes Ziel loszusteuern, anstatt sofort eine auf ein spezielles Symptom

gerichtete Suggestion zu geben, deren Mißlingen den ganzen Heilerfolg in Frage stellen kann. Die Erfahrung allein ist es, die in dieser Beziehung uns in jedem Falle den angemessenen Weg wählen läßt und die den Patienten sowohl wie den Hypnotiseur vor Enttäuschungen bewahrt.

In scheinbarem Widerspruch zu dieser Darstellung stehen die Erfahrungen, die im jetzigen Kriege bei der Behandlung kriegsbeschädigter nervenkranker Soldaten gemacht worden sind. Alle Autoren fast, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben, wie Lewandowsky, Nonne und zahlreiche andere, geben an, daß sie in Fällen von Kriegshysterie durch eine überraschend kurze hypnotisch-suggestive Einwirkung Heilung erreichen, auch wenn die nervenkranken Soldaten vorher bereits monatelang in anderen Lazaretten erfolglos behandelt worden waren. Kaufmann (1916), der noch dazu auf eigentliche hypnotische Maßnahmen verzichtet und rein suggestivtherapeutisch vorgeht, hat sogar die symptomatische Heilung psychogener Reiz- und Ausfallserscheinungen bei Soldaten in einer Sitzung zu einem planmäßigen Postulat erhoben. Ich glaube, daß diese Erfolge, denen ich aus meiner eigenen Kriegstätigkeit nur wenige ähnliche anreihen kann, ihren Hauptgrund darin haben, daß die negativen Begehrungsvorstellungen (Kriegsangst usw.), die im wesentlichen den kriegshysterischen Erkrankungen zugrunde liegen, durch die Art der Entlassung der Patienten (g. v. oder a. v. Heimat oder d. u. ohne Versorgung) beseitigt werden. Versucht man prinzipiell, wie ich es mehrfach Gelegenheit hatte zu tun, die Kriegshysterischen an der Front zu halten oder wieder k. v. zu machen, so schrumpfen die glänzenden Heilerfolge allzuoft in ein klägliches Nichts zusammen. Es ist Sache des Standpunktes, welche Art des Vorgehens der Militärarzt bei diesen Erkrankungen vorzieht, ob er eine Lösung zugunsten des kämpfenden Heeres oder zugunsten des nach den heimatlichen Werten strebenden Kranken bevorzugt.

Zum Schlusse über das Motivieren der Suggestionen noch eine prinzipielle Bemerkung. Es ist nicht ganz gleichgültig, ob man die in der Hypnose zu gebenden therapeutischen Suggestionen wahrheitsgemäß begründet oder ob man zu Täuschungen des Patienten seine Zuflucht nimmt. Man kann ja sicherlich Nervenkranken, wie überhaupt Laien, vieles einreden, worüber ihnen ein eigenes Urteil abgeht. Die Geschichte der medizinischen Wissenschaft, besonders aber die Geschichte der Behandlung der Hysterie ist reich an solchen Heilbestrebungen. Auch heute noch versucht es mancher Hypnotherapeut, den Patienten, die über Schmerzen bei Bewegungen der Kniegelenke klagen, die angeblichen Steine herauszunehmen und zu demonstrieren, die diese Beschwerden hervorgerufen haben sollen; oder er rühmt sich einer besonderen persönlichen Kraft, mit deren Hilfe es ihm gelänge, die Beschwerden der Patienten therapeutisch zu beeinflussen; oder er verordnet ihnen eine schön grüngefärbte, indifferente Medizin mit der Angabe, daß sie für die vorliegende Krankheit besonders heilkräftig sei usf. Auch bei der Anwendung des Stahlmagneten oder mancher Formen der Elektrizität wird von solchen geheimnisvollen und sachlich unberechtigten Zusammenhängen Gebrauch gemacht. Im allgemeinen freilich kann dieses Prinzip heute als verlassen gelten. Wir sind bestrebt, bei der Behandlung der für die Suggestivtherapie indizierten Krankheiten von denjenigen physiologischen und psychologischen Kausalzusammenhängen auszugehen, die wir selbst nach dem heutigen Stande der Wissenschaft für berechtigt halten. Sachlich falsch motivierte, auf eine Täuschung des Patienten hinauslaufende Suggestionen könnten nur vorübergehend, z. B. bei der suggestiven Beseitigung plötzlich aufgetretener und vielleicht ebenso schnell zu beseitigender Störungen eine gewisse Bedeutung beanspruchen; den größeren Teil dieser Illusionstherapie überlassen wir neidlos den Kurpfuschern. Sachliche Aufrichtigkeit und

Wahrheitsliebe, gestützt auf das feste Fundament der wissenschaftlichen Forschung, sind auch Nervenkranken gegenüber im allgemeinen durchaus notwendige und durchführbare Maßregeln, zumal wir es ja in der Suggestivtherapie ausschließlich mit heilbaren Krankheiten oder Symptomen zu tun haben. Am letzten Ende ist es doch wohl nicht der blinde Glaube, der in der Psychotherapie die Hauptrolle spielt, sondern die verständige Einsicht in die wahren Zusammenhänge und Ursachen der vorhandenen Störungen und das darauf gegründete Verhalten der Patienten.

Je nach dem Zeitpunkt, in dem die Suggestionen in Beziehung zur Hypnose erteilt werden, unterscheiden wir drei Arten von Suggestionen:

1. Die prähypnotischen Suggestionen bezwecken, schon im Wachzustande vor der Hypnose die Wirkungen vorzubereiten, die wir in der darauffolgenden Hypnose erreichen wollen. Soweit sich derartige prähypnotische Suggestionen auf das allgemeine Verhalten des Hypnotiseurs zu dem Patienten beziehen, bedürfen sie keiner besonderen Hervorhebung. Wir haben bereits in den Vorbedingungen der Hypnotherapie gesehen, in welcher Weise die Psyche des Patienten am günstigsten auf den therapeutischen Zweck der Hypnose vorzubereiten ist. Von spezieller Bedeutung kann jedoch die prähypnotische Suggestion in solchen Fällen werden, in denen innerhalb der Hypnose die Suggeribilität vermindert oder aufgehoben ist, wie z. B. in den abnormen Somnambulhypnosen. Hier gelingt es gelegentlich, durch unbemerkte Eingebung prähypnotischer Suggestionen gegen die sonst in der Hypnose etwa auftretenden störenden Autosuggestionen, gegen Unruhezustände und Aufregungen erfolgreich anzukämpfen, sowie allgemeine therapeutische Suggestionen zu realisieren, was intrahypnotisch in solchen Fällen nicht möglich wäre. Auf diese Weise kann sogar unter Umständen der abnormen Somnambulhypnose der abnorme Charakter mehr oder weniger ge-

nommen und statt dessen eine oberflächliche, suggestiv-therapeutisch wertvollere Hypnose erzielt werden. In ähnlichem Sinne hat Stembo vorgeschlagen, bei Kranken, die an einfachen, lokalisierten Krankheitszuständen leiden und nicht in tiefere hypnotische Zustände zu bringen sind, während der Hypnose keinerlei verbale Suggestionen zu geben, um die geringe Bewußtseinsveränderung der Patienten nicht in Frage zu stellen. Statt dessen solle man vor der Hypnose in der Unterhaltung mit dem Patienten scheinbar unabsichtlich in Form einer Voraussage alle suggestiven Einwirkungen einflechten, die man durch die hypnotische Behandlung zu erzielen wünschte. Mir hat dieses Verfahren in Fällen von Tic douloureux und Tic convulsiv, sowie gelegentlich bei hysterischer Schlaflosigkeit gute Dienste geleistet.

2. Die intrahypnotischen Suggestionen sind diejenigen Suggestionen, die innerhalb der Hypnose gegeben werden und innerhalb der Hypnose zur Annahme gelangen sollen. Nur ein kleinerer Teil der therapeutischen Suggestionen gehört, streng genommen, in diese Gruppe. In der normalen Somnambulhypnose freilich ist es ein leichtes, therapeutische Suggestionen jeder Art sofort zu realisieren. In den oberflächlichen hypnotischen Zuständen dagegen empfiehlt es sich, hierin Zurückhaltung zu üben und die Beseitigung vorhandener Beschwerden den Nachwirkungen der Hypnose zu überlassen; sonst dürften die Enttäuschungen zur Regel werden. Über die formale Technik der intrahypnotischen Suggestivtherapie soll an dieser Stelle noch einiges bemerkt werden. Nach Einleitung der Hypnose pflege ich eine kleine oder größere Pause zu machen, in der ich den Patienten der suggerierten Ruhe und Schläfrigkeit überlasse. Sodann beginne ich die Erteilung der therapeutischen Suggestionen gewöhnlich mit folgenden Worten: „Nun atmen Sie recht ruhig und gleichmäßig und achten Sie genau auf meine Worte. Sie werden sich nach der heutigen Hypnose frisch und wohl fühlen und keinerlei

Beschwerden von der Hypnose haben, sondern sich im Gegenteil recht erquickt und erfrischt fühlen. Durch die hypnotische Behandlung wird" . . usw., wie es der vorliegende Krankheitsfall erheischt. Der spezielle psychotherapeutische Vortrag, der sich daran anschließt, soll nicht zu lang und so präzise abgefaßt sein, daß der Patient imstande ist, die markanten Gesichtspunkte a tempo aufzufassen und auch für den Wachzustand in seinem Gedächtnis zu behalten. Denn es versteht sich von selbst, daß nach psychotherapeutischen Hypnosen nicht etwa Amnesie suggeriert wird, sondern daß der Patient im Gegenteil aufgefordert wird, an die ihm erteilten suggestiven Ermahnungen und Belehrungen auch im Wachzustande häufig und besonders immer dann zu denken, wenn er von seinen Beschwerden molestiert wird. In einzelnen Fällen ist es sogar nützlich, wie bereits hervorgehoben wurde, die suggestivtherapeutische Formel auf 1—3 kurze Sätze zu beschränken, die dem Patienten in der Hypnose mehrere Male wiederholt werden und die er gleichsam auswendig lernt, um bei drohenden Gefahren im Wachzustande, z. B. bei auftretenden Angstzuständen, Versuchungen zu krankhaften Neigungen usf., darin einen Schutz und eine Stärkung seiner geschwächten Energie zu finden. Nachdem die intrahypnotische Suggestivtherapie erledigt ist, schaltet man zweckmäßig eine mehr oder minder lange Pause ein, um dann den Patienten in der früher angegebenen Weise zu erwecken. In manchen Fällen ist es notwendig, sich vor der Beendigung der Hypnose durch Fragen davon zu überzeugen, ob der Patient die gegebenen Suggestionen gehört und verstanden habe. Es kommt nämlich vor, daß die Hörschärfe in der Hypnose so stark vermindert oder aber die Aufmerksamkeit des Hypnotisierten so stark abgelenkt ist, daß die mit gedämpfter Stimme gegebenen Suggestionen des Hypnotiseurs nicht zur Apperzeption gelangen.

3. Die posthypnotischen Suggestionen, deren Bedeutung für den experimentellen Hypnotismus wir be-

reits oben studiert haben, spielen auch in der hypnotischen Therapie eine bedeutsame Rolle. Im Grunde genommen sind ja doch alle therapeutischen Suggestionen, da sie nach der Hypnose eintreten oder sich fortsetzen sollen, posthypnotischen Charakters. Ja es muß sogar das Bestreben des Suggestivtherapeuten sein, wie Ringier besonders nachgewiesen hat, den therapeutischen Suggestionen ausdrücklich den Charakter der suggestions à échéance zu geben, damit die Fortdauer der erreichten Erfolge auch später, nach Rückkehr der Patienten in die gewohnten Verhältnisse, möglichst gesichert wird. Freilich handelt es sich, wie leicht einzusehen ist, in der Therapie nicht um eigentliche spezifische posthypnotische Suggestionen, zu deren Realisierung ein hypnotischer Dämmerzustand oder dergleichen erforderlich wäre, sondern um psychotherapeutische Aktionen von demselben Charakter, den wir auch für alle anderen therapeutischen Suggestionen bereits früher festgestellt haben.

b) Spezielle Suggestivtherapie.

I. Die suggestive Beeinflussung des Allgemeinbefindens.

In jeder therapeutischen Hypnose sollen neben den auf die speziellen Beschwerden des Kranken sich richtenden Suggestionen auch solche Eingebungen zur Anwendung kommen, welche sich auf die Besserung des gesamten Befindens des Kranken und seiner allgemeinen Funktionen beziehen. Wir werden demnach stets suggerieren, gleichviel ob bestimmte Klagen darüber von dem Patienten vorgebracht werden oder nicht, „daß das gesamte Nervensystem des Patienten durch die hypnotische Behandlung kräftiger und ruhiger, gesünder und widerstandsfähiger werden wird, daß sein Allgemeinbefinden sich von Tag zu Tag heben und bessern werde, daß seine Körperkräfte zunehmen, seine Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreude, seine Teilnahme an den Pflichten und

Interessen des Lebens sich stetig steigern werde, daß er sich körperlich immer straffer und elastischer fühlen, daß er sich seelisch immer leichter und froher befinden werde, daß seine geistigen Funktionen, seine Auffassung, seine Aufmerksamkeit, sein Gedächtnis, sein Selbstvertrauen und seine Willenskraft immer mehr erstarken werden, daß sein Appetit stets lebhaft, seine Verdauung regelmäßig, seine Stimmung ruhig, gleichmäßig und heiter sein werde, daß sein Schlaf sich mehr vertiefen und immer erquickender und stärkender sich gestalten werde, daß er sich bei keiner Gelegenheit aufregen, ärgern, verstimmen, erschrecken lassen werde, daß seine Beschwerden allmählich nachlassen und ihn immer weniger und seltener belästigen werden, daß er mit stetig wachsender Freude spüren werde, wie sein körperliches und geistiges, sowie seelisches Befinden von Tag zu Tag Fortschritte machen und immer neue Lebenshoffnungen und eine immer stärkere Zuversicht der Gesundung in ihm Wurzel fassen und sich entfalten werde" usf. in infinitum. Es versteht sich, daß diese Auswahl allgemeiner therapeutischer Suggestionen unvollständig ist und in jedem Falle nach bestimmten Richtungen hin weiter ergänzt werden kann. Ebenso braucht wohl kaum betont zu werden, daß in der einzelnen Hypnose meist ein geringerer Reichtum von Suggestionen zur Anwendung gelangt unter besonderer Hervorhebung dessen, was in dem speziellen Falle wichtig erscheint. Als leitende Gesichtspunkte sind festzuhalten: die Forderung, daß die suggestiv zu erzielende Besserung des Allgemeinbefindens in ihren Details anschaulich zum Bewußtsein gebracht werden soll, sowie das Streben, die Hoffnung des Gesundwerdens bei dem Patienten zu beleben, dadurch daß die entgegenstehenden Befürchtungen und Autosuggestionen beseitigt und statt dessen positive Stimmungen und Gefühle erzeugt werden. Es scheint, als ob gerade diese emotionelle Beeinflussung therapeutisch und prognostisch von größter Bedeutung wäre. Wenigstens habe ich noch immer ge-

funden, daß, wo die Stimmung des Patienten sich suggestiv- bzw. psychotherapeutisch bessern ließ, auch der Erfolg der Behandlung nicht ausblieb, während unfreundliches, mürrisches Wesen der Patienten, das jedem Versuche der Beeinflussung gegenüber unverändert blieb, die Prognose der suggestiven Behandlung trübte. Mir schien dies immer ein Beweis dafür zu sein, daß alle die mannigfachen funktionellen nervösen Beschwerden, mit denen wir es in der nervenärztlichen Praxis zu tun haben, viel inniger und viel primärer, als man anzunehmen geneigt ist, mit dem Gemütsleben der Patienten, ihrer Stimmung, ihrer pessimistischen Welt- und Lebensanschauung zusammenhängen.

II. Die suggestive Behandlung spezieller Krankheitserscheinungen.

An dieser Stelle sollen einige Hauptbeispiele Platz finden, in welcher Weise die Redaktion der therapeutischen Suggestionen gegenüber bestimmten, speziellen Krankheitssymptomen zu gestalten ist. Dabei kann es natürlich nicht meine Absicht sein, irgendwie Vollständiges geben zu wollen. Auch möchte ich nicht, wie es wohl üblich ist, bestimmte einheitliche Krankheitsbilder in ihrer suggestivtherapeutischen Behandlung vorführen, da der Umfang dieses Werkes hierzu nicht ausreichen würde und da es bei der Mannigfaltigkeit und dem bunten Durcheinander der die einzelnen Krankheitsbilder zusammensetzenden Erscheinungen nur darauf ankommen kann, die prinzipiellen Gesichtspunkte hervorzuheben. Die praktische Handhabung der therapeutischen Suggestionen sowie die prognostischen Beziehungen sollen dabei stets im Vordergrunde der Darstellung stehen; auch soll ausschließlich die eigene Erfahrung der Schilderung zugrunde gelegt werden. Die Reihenfolge der zu besprechenden Krankheitssymptome macht auf irgendwelche systematische Anordnung keinen Anspruch.

1. Die Schmerzzustände.

Gegen physisch bedingte und der physischen Grundlage genau entsprechende Schmerzen dürfte die direkte Suggestion ihrer eigenen Natur nach machtlos sein. Erst wenn, wie es freilich außerordentlich häufig und nicht etwa bloß bei nervösen Individuen der Fall ist, psychische Momente in den Schmerzvorgang eingehen, die über die einfache Perzeption der anatomisch-physiologischen Grundlage des Schmerzes hinaus sich erstrecken, beginnt das Reich der suggestivtherapeutischen Indikationen. Derartige verstärkende psychische Momente können mannigfacher Natur sein. Einmal kann es die Aufmerksamkeit sein, die in verstärkendem Sinne der Schmerzvorstellung zugewandt ist, so daß der schmerzende Vorgang im Vordergrunde des Interesses der Patienten steht und einen ungebührlich großen Raum in ihrem Seelenleben einnimmt. In solchen Fällen denken die Kranken zu oft oder gar fortwährend an ihren Schmerz; sie hätscheln ihn gleichsam und richten all ihr Denken und Handeln in Abhängigkeit von ihm ein. Sie perhorreszieren jede Tätigkeit, weil der Schmerz es ihnen angeblich unmöglich macht oder weil die Schmerzen dadurch ungünstig beeinflußt werden k ö n n t e n. In anderen Fällen sind es die emotionellen Konsequenzen, die sich an die Schmerzperzeption heften und die den an sich vielleicht geringfügigen und harmlosen Prozeß unerträglich machen. Hier ist zunächst von dem Gefühlscharakter des Schmerzes zu sprechen. Nicht jeder Schmerz erzeugt seiner Natur nach heftige oder gleich starke Unlust. Schmerzen von bohrendem oder reißendem Charakter erzeugen gewöhnlich weniger Unlustgefühle, als Schmerzen von drückendem oder pulsierendem Charakter. Auch die Individualität des Kranken spielt eine große Rolle. Es ist bekannt, daß einzelne, durchaus nicht immer robuste Individuen selbst heftige Schmerzen nicht sonderlich unangenehm empfinden. Während der eine einen Insekten-

stich als heftigen, unangenehmen Schmerz empfindet, erklärt der andere die lanzinierenden Schmerzen der Tabes für eine zwar unbequeme, aber relativ harmlose Beigabe. Und zwar sind dies nicht etwa nur Unterschiede der physischen Sensibilität, sondern sicherlich solche der psychischen Toleranz. Dementsprechend zeigt sich der Einfluß der Schmerzen auf die Stimmung der Kranken. Was an dem einen spurlos vorübergeht, deprimiert den anderen, macht ihn mürrisch, ärgerlich und verzweifelt. Dazu kommen die Angsterscheinungen, die sich zu den Schmerzen gesellen. Es ist durchaus nicht immer der Schmerz als solcher, der den Kranken beunruhigt, sondern häufig die Furcht, daß die Schmerzen dauernd vorhanden bleiben könnten, daß sie die Arbeitsfähigkeit hemmen oder aufheben, daß sie auf einer gefährlichen Läsion der Organe beruhen und zu lebensbedrohlichen Konsequenzen führen könnten. Endlich ist neben der Aufmerksamkeit und den emotionellen Komplikationen noch eines seelischen Faktors zu gedenken, dessen Einfluß auf die Schmerzvorgänge nicht selten außer acht gelassen wird: ich meine das Urteil. Es erscheint mir auf Grund vielfacher Erfahrungen zweifellos, daß in vielen Fällen der wahre Grund einer nachweisbaren Intoleranz gegen Schmerzen nicht sowohl eine psycho-physiologische Hyperalgesie ist, als vielmehr eine einfache Urteilstäuschung. Derartige Kranke beurteilen den Schmerz, den sie empfinden, nicht richtig, halten ihn vielmehr für heftiger als er in Wirklichkeit ist und, was vielleicht die Hauptsache ist, sie benennen ihn dementsprechend mit einem die Sachlage übertreibenden Namen. Eine solche Übertreibung der Ausdrücke und des Empfindens ist durchaus nicht immer ein Zeichen von Simulation oder böser Absicht. Vielmehr sind sich die Kranken tatsächlich selbst nicht klar über die Größe des vorhandenen Schmerzes, indem ihnen der gedächtnismäßige Anhalt für eine Vergleichung im Bewußtsein fehlt. Auch die gedankenlose Anwendung superlativischer Epitheta, wie sie vielen und nicht bloß hysterischen

Personen eigen ist, trägt das ihrige dazu bei. Die psychologische Grundlage derartiger Verhältnisse habe ich an anderer Stelle ausführlicher auseinandergesetzt (vgl. L. Hirschlaff: Über die Furcht der Kinder. Ztschr. f. pädag. Psychol., Pathol. und Hygiene, Bd. III, S. 296 bis 315; Bd. IV, S. 39—56, 141—156. 1901/2).

Neben diesen fehlerhaften Benennungsurteilen sind noch die irrigen Erwartungsurteile zu erwähnen, die viele Menschen veranlassen, nicht nur unter den Schmerzen zu leiden, die sie haben, sondern auch unter den Schmerzen, die sie ihrer Überzeugung nach haben werden. So kommt es z. B., daß der chronische Rheumatiker seine Knie nicht bewegt, weil er erwartet, daß er bei einer etwaigen Bewegung Schmerzen bekommen werde. Das gleiche Bild zeigt sich bei den überängstlichen und überempfindlichen Patienten, die in der sicheren Erwartung von Schmerzen eine ärztliche, insbesondere instrumentelle Untersuchung ablehnen, sich vor der Massage, Elektrizität, den Bädern scheuen und dergleichen mehr.

Schließlich ist auch noch das physische Verhalten der Kranken ihren Schmerzen gegenüber zu beachten. Ebenso wie wir sahen, daß die Patienten sich psychisch zu lebhaft mit ihren Schmerzen beschäftigen können, ebenso können sie sich auch durch ungeeignetes physisches Verhalten schädigen. Hierher gehört z. B. das Reiben, Kneifen, Drücken der schmerzhaften Stellen, die halb unwillkürlichen Muskelspannungen und die unruhigen Bewegungen, die durch schmerzhafte Prozesse ausgelöst werden können.

Analog den Erkenntnissen, die wir aus der psychophysiologischen Analyse des Schmerzkomplexes gewonnen haben, und die weiter auszuführen Sache der Psychotherapie i. e. S. ist, sind wir in der Lage, mit erzieherischen und korrigierenden therapeutischen Suggestionen gegen die Beschwerden des Patienten anzugehen. Dabei werden wir entweder den direkten oder einen indirekten Weg einschlagen können. Bei gebildeten und verständigen

Kranken werden wir die direkte Aufklärung — selbstverständlich in refracta dosi! — auch im Wachzustande zu Hilfe nehmen, um dann in der Hypnose die gewonnene Erkenntnis suggestiv zu befestigen und zu vertiefen. Wir werden sie darüber belehren, daß sie sich der Empfindung des Schmerzes zu sehr hingeben und sich zu viel damit beschäftigen, daß sie ihre Stimmung dadurch mehr als erforderlich ist, deprimieren lassen, daß sie ihr Urteil und ihre Benennungen durch Vergleich mit anderen Schmerzen und unangenehmen Empfindungen revidieren und korrigieren müssen. Wir werden dann in der Hypnose nur darauf Bezug zu nehmen, die Belehrungen in einige präzise, autoritative Formeln zu kleiden und die Einsicht, das Gefühlsleben, das Verhalten der Patienten durch ermunterndes Zureden zu beeinflussen brauchen. Selbstverständlich wird man hier nur langsam und stufenweise vorgehen können und die dadurch zu erzielende Milderung der Schmerzen nur allmählich suggerieren, indem man vor allen Dingen einen Teil der Schmerzen als berechtigt anerkennt und nur das Unerträgliche, das Hemmende und Lähmende des Schmerzes auf die abzustellenden Begleiterscheinungen schiebt. Denn nichts wäre verkehrter, als von Einbildung, von eingebildeten Schmerzen oder von Übertreibung zu sprechen. Wer gewöhnt ist, scharf und unparteiisch zu beobachten, wird zugeben müssen, daß rein eingebildete Schmerzen selbst bei Hysterischen ebensowenig wie klarbewußte Übertreibungen vorkommen, wenigstens in der Privatpraxis, von seltenen, speziell motivierten Ausnahmen abgesehen; in der Kassen- und Militärpraxis liegen die Verhältnisse natürlich anders. Irgend eine noch so geringfügige Ursache, irgend ein noch so bescheidener objektiver Kern liegt den Klagen doch wohl immer zugrunde; und die Patienten empfinden es daher als kränkendes Unrecht, wenn man ihre Beschwerden als eingebildete bezeichnet. Ich habe mich seit langem daran gewöhnt, derartige kränkende und mißverständliche Worte aus der Unterhaltung mit den Patienten zu ent-

fernen. Ich spreche nie von Einbildung, nie von Übertreibung, nie von Hysterie und dergleichen; und ich glaube trotzdem in der Lage zu sein, den seelischen Ursprung der betreffenden Klagen den Patienten einleuchtend darzustellen. Aus dem gleichen Grunde ist es auch notwendig, sich niemals auf die psychische bzw. suggestive Behandlung eines Schmerzes zu beschränken. Nur die psychischen Nebenerscheinungen sollen auf diesem Wege bekämpft werden, der objektive anatomisch-physiologische Kern der Beschwerden soll gleichzeitig physikalisch, diätetisch, mechanotherapeutisch, elektrisch oder medikamentös in Angriff genommen werden.

In anderen Fällen, in denen die Aufklärung an der Verständnislosigkeit oder dem autosuggestiven Widerstande der Patienten scheitert, wird man indirekte Hilfsmittel zu Rate ziehen müssen, um den psychischen Anteil des Schmerzkomplexes zu bekämpfen. Man wird die Patienten in der Hypnose verbalsuggestiv ablenken können, so daß sie ihre Aufmerksamkeit von dem leidenden Teile mehr oder weniger abziehen. Man wird das gleiche erzielen können, indem man die Patienten mesmerisiert, d. h. ihnen seine eigene, warme Hand auf die schmerzhaften Stellen auflegt oder leise mesmerische Streichungen darüber ausführt. Ein anderer Weg endlich, der nicht selten zum Ziele führt, ist von Großmann gelegentlich der suggestiven Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus ausführlicher beschrieben worden. Bei schmerzhaften Affektionen der Gelenke, bei denen der Patient aus Furcht vor gesteigerten Beschwerden jede Bewegung standhaft verweigert, faßt G. mit derber Hand die Haut über dem Gelenk und drückt sie kräftig zusammen. Dabei suggeriert er: „Sie werden jetzt deutlich spüren, wie ich den Schmerz aus den Gelenken herausziehe und ihn in die darüberliegende Haut verlege. Dieser Schmerz in der Haut wird zwar sehr stark, aber lange nicht so unangenehm sein, wie der ursprüngliche Schmerz. Vor allem aber wird er die Bewegungen des Gelenkes in keiner

Weise hindern; die Bewegungen werden vielmehr vollkommen frei und schmerzlos vonstatten gehen. Überzeugen Sie sich selbst davon, daß jetzt bei Bewegungen des Gelenkes durchaus kein anderer Schmerz mehr vorhanden ist, daß Sie die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes wiedererhalten haben," usf. Es ist leicht zu ersehen, daß die psychologische Grundlage dieser suggestiven Methode des Schmerztransfertes in dem psychologischen Gesetz gelegen ist, wonach ein intensiverer Schmerz einen schwächeren im Bewußtsein verdrängt und wonach ein willkürlich in gesundem Gewebe erzeugter Schmerz trotz größerer Intensität weniger unangenehm ist als ein geringerer Schmerz, der spontan in einem krankhaft veränderten Gewebe auftritt.

In prognostischer Beziehung muß bemerkt werden, daß Schmerzen von großer Intensität, abgesehen von der normalen Somnambulhypnose, meist ein schwieriges Objekt der suggestivtherapeutischen Behandlung darstellen. Schon die Einleitung einer oberflächlichen Hypnose gelingt in solchen Fällen schwer, weil der Patient nicht bei der Sache ist und durch seine Schmerzen unaufhörlich abgelenkt wird. Selbst die funktionellen Schmerzen der Hysterischen erweisen sich manchmal viel hartnäckiger als man annehmen sollte, besonders durch die schnelle Wiederkehr der vorübergehend gelinderten Beschwerden. In jedem Falle wird es notwendig sein, bei der Analyse der vorhandenen Schmerzen den physischen von dem psychischen Anteil zu trennen und nach dem Ergebnis dieser Analyse die Behandlung, sowie die Prognose des Falles einzurichten. Wenn es aber trotz nachgewiesener, vorwiegend physischer Natur des geklagten Schmerzes nicht gerade allzu selten gelingt, suggestive Erfolge zu erzielen, so werden wir zur Erklärung dieser Erfolge gut tun, keine magischen Einflüsse oder phantastische Theorien zu Hilfe zu nehmen, sondern an die näherliegende Möglichkeit eines ursprünglich zufälligen Zusammentreffens zu denken, das dann allerdings sub-

jektiv starke suggestive Wirkungen zu entfalten vermag. So sah ich in einzelnen Fällen von echter, nicht hysterischer Trigeminusneuralgie oder von lanzinierenden Schmerzen der Tabiker fast momentan eintretende und lange andauernde Erfolge bei der suggestivtherapeutischen Behandlung zustande kommen, die ich keinem anderen Faktor als dem Zufall zuzuschreiben mich getraue, da ja auch spontan bei diesen Erkrankungen der Wechsel die Regel ist. In anderen, zahlreicheren Fällen von neuralgischen Affektionen versagt die Suggestivtherapie zumeist, wenn es sich nicht um hysterische Individuen handelt.

Die suggestive Behandlung des Kopfschmerzes gibt im allgemeinen befriedigende Resultate, vorausgesetzt, daß alle organischen Ursachen, die dieses Symptom hervorrufen können, auszuschließen sind. Und zwar sind diese Resultate im Durchschnitt erheblicher und dauernder als etwa bei galvanischer oder faradischer Behandlung, die übrigens auch intrahypnotisch zur Unterstützung der Beeinflussung herangezogen werden kann. Die habituellen Kopfschmerzen der Neurastheniker sah ich bei verbalsuggestiver Behandlung gut beeinflußt werden. Der Modus procedendi kann etwa folgender sein: „Durch die Wärme meiner Hand, die ich auf Ihren Kopf leicht auflege, wird der Kopfschmerz in wenigen Minuten gemildert werden. Sie werden fühlen, wie es Ihnen allmählich leichter um den Kopf wird, wie die unangenehmen Empfindungen im Kopfe mehr und mehr nachlassen und allmählich verschwinden. Nach beendeter Hypnose wird nur noch eine leise Andeutung der vorher vorhandenen Schmerzen übrig sein; nur eine geringfügige, äußerst schwache Empfindung der Benommenheit im Kopfe wird Sie daran erinnern, daß Sie vorher heftige Kopfschmerzen gehabt haben. Aber sobald Sie wieder auf die Straße, in die frische Luft hinauskommen, wird auch dieser letzte Rest von Benommenheit verschwinden. Wie ein Schleier wird es Ihnen von den Augen fallen: mit klarem und freiem Kopfe werden Sie hochaufgerichtet einhergehen

und sich wie neugeboren fühlen. Und diese Wirkung wird jedesmal nach der Hypnose eintreten und jedesmal längeren Bestand haben; so daß in kurzer Frist Ihr Leiden völlig beseitigt sein wird.“ In Fällen von Hemikranie sah ich nur dann einen Erfolg von der suggestivtherapeutischen Behandlung, wenn es sich um hysterische Kranke handelte. Über die Anwendung der Narkosehypnose zum Zwecke der chirurgischen Analgesie habe ich bereits oben das Erforderliche angeführt. Der Erwähnung wert ist der Vorschlag von Mitchell (1912), hierbei nicht nur die Suggestion der Analgesie, sondern auch der Amnesie zu geben. Gelingt die suggestive Analgesie nicht, so hypnotisiert Mitchell nach beendeter Operation weiter und erreicht dann vollständige Amnesie.

2. Die allgemeinen Krämpfe.

Für die Suggestivtherapie kommen wohl nur die hysterischen, psychopathischen und epileptischen Krampfformen in Betracht.

Die hysterischen Krämpfe zählen zu den günstigsten Objekten der hypnotisch-suggestiven Behandlung. Sie verschwinden meist nach ganz kurzer Behandlungsdauer, nicht selten nach einer einzigen Hypnose; auch Rezidive werden nur ausnahmsweise, unter besonderen Bedingungen, beobachtet. Wir haben es hier offenbar mit einer fast spezifisch wirkenden Therapie zu tun. Dieser Erfolg tritt allerdings nur unter zwei Voraussetzungen ein. Erstens darf man sich bei der suggestiven Beseitigung der Krämpfe nicht etwa damit begnügen, das Verschwinden bzw. das Nichtwiederauftreten der Krämpfe zu suggerieren. Vielmehr muß man die Anamnese des Leidens, wie schon oben kurz berührt, nach psychologischen Gesichtspunkten aufnehmen und auf die subjektiven psychischen Kausalzusammenhänge, die sich dabei ergeben, den Heilplan aufbauen. Man wird sehr häufig dabei in die Lage kommen, psychische Ätiologien der Krampferscheinungen aufzudecken, die man bei der gewöhnlichen

Methode des Ausfragens von den Patienten nicht herausgebracht hat; sei es, daß die Kranken derartige psychische Momente, weil sie ihnen peinlich sind, zunächst bewußt verschweigen, sei es, daß sie tatsächlich nicht wissen, welche ätiologische Bedeutung diesen Faktoren zukommt. Daher wird man unter Umständen gezwungen sein, die Hypnose zur genaueren Analyse des Tatbestandes mit heranzuziehen. Indessen spricht dieser Umstand m. E. nicht dafür, daß die betreffenden psychisch-ätiologischen Erscheinungen dem Patienten im Wachzustande unbewußt gewesen seien und daß sie erst in der Hypnose, wie eine allgemein verbreitete Auffassung annimmt, aus den Tiefen eines hypothetischen Unterbewußtseins in das Oberbewußtsein aufsteigen. Ich glaube das Verhältnis einfacher dahin deuten zu können, daß die Hemmungen, die den Patienten mit seinem Willen und Wissen verhindern, im Wachzustande offen zu sprechen, in der Hypnose suggestiv leicht beseitigt werden können. Wie dem auch sein mag — wir werden bei der Besprechung der Freud-Breuerschen Hysteriebehandlung noch einmal hierauf zurückkommen — so steht wenigstens das eine tatsächlich fest, daß die allgemeinen Krämpfe der Hysterischen sehr häufig, wenn auch durchaus nicht immer, durch konstante, in jedem Anfalle wiederkehrende psychische Momente eingeleitet oder ausgelöst werden. So sah ich in einem Falle die Krampferscheinungen, die das erste Mal im Gefolge eines heftigen Schreckes aufgetreten waren, den die Patientin im Dunkeln erlitten hatte, in der Folgezeit stets in der Weise sich wiederholen, daß bei der Kranken eine lebhafte Erinnerung an diese Situation auftauchte, die dann zu Angstausbruch und Krämpfen mit Bewußtseinsverlust führte. In einem anderen hierher gehörigen Falle sah ich hysterische Krämpfe bei einer Patientin, die lange Zeit verlobt gewesen war, auf Veranlassung der Mutter aber die Verlobung als nicht standesgemäß hatte zurückgehen lassen müssen, jedesmal in der Weise eintreten, daß die Patientin eine Halluzination

bekam, in der sie den Kopf ihres früheren Bräutigams mit drohendem Blicke auf sich gerichtet sah. Dabei fühlte sie, wie sich ihr allmählich der Hals immer fester zuschnürte, sie stieß einen gellenden Schrei aus und versank in Krämpfe mit Bewußtlosigkeit. Es versteht sich, daß in solchen Fällen vor allem die Angst absuggeriert werden muß, die mit dem Auftreten ähnlicher Erinnerungsbilder verknüpft ist. Dann erst kann das Auftreten dieser Erscheinungen selbst und der daraus resultierenden Krämpfe mit Erfolg suggestiv beseitigt werden.

Die zweite Voraussetzung, von der die günstige Prognose der Suggestivtherapie der hysterischen Krämpfe abhängig ist, ist die spezifische Hypnotisierbarkeit und Suggeribilität der Kranken. Allerdings ist diese Voraussetzung in den meisten Fällen gegeben. Wir haben gesehen, daß Hysterische, die an spontanen Schwindelanfällen mit stärkerer oder geringerer Trübung des Bewußtseins leiden, die beste Disposition zur normalen Somnambulhypnose darbieten, sei es, daß es sich um hysterische Petit-Mal-Anfälle, sei es, daß es sich um ausgebildete hystero-epileptische Krampfformen handelt. Aber auch in den Fällen, in denen nur eine oberflächliche Hypnose zustande kommt, ist der Heilerfolg in der Regel ein durchaus prompter. Nur in den Fällen abnormer Hypnose ist die Prognose so weit getrübt, wie die Abnormität der Hypnose hervortritt.

Die Behandlung der echten epileptischen Krampfzustände mittels der hypnotischen Suggestivtherapie gibt keinerlei Erfolge. Ich habe eine große Zahl von Epileptikern Jahre hindurch regelmäßig hypnotisiert, ohne je einen direkten Erfolg von dieser Behandlungsmethode zu sehen; die entgegengesetzten Behauptungen Wetterstrands u. a. kann ich in keiner Weise bestätigen. Trotzdem leugne ich nicht, daß die hypnotisch-suggestive Behandlung auch in Fällen von Epilepsie mit Erfolg zur Unterstützung anderer Heilfaktoren Anwendung finden kann. Wenn man den Epileptikern strenge physikalische,

diätetische und medikamentöse Vorschriften gibt, auf deren genaueste Befolgung vielleicht gerade bei diesem Leiden der größte Wert zu legen ist, so kann man die Patienten durch suggestive Ermunterungen in der oberflächlichen Hypnose sicherlich viel eher dazu erziehen, die ärztlichen Vorschriften strikte durchzuführen und lange Zeit unermüdlich in ihrer Befolgung zu verharren, als wenn man auf dieses Hilfsmittel verzichtet. Auch ist es gerade bei diesem tristen und langwierigen Leiden von Wert, den Patienten eine Hoffnung zu bieten, an die sie sich klammern können, um über die Entbehrungen, die ihnen auferlegt werden müssen, leichter hinwegzukommen. In manchen Fällen habe ich dabei die kleine Täuschung unterlaufen lassen, den Patienten gegenüber die Entbehrungen der Lebensweise, die ich bei der Behandlung der Epilepsie für notwendig halte, als durch die hypnotische Behandlung bedingt darzustellen.

Noch in einer anderen Beziehung scheint mir die Hypnose für die Epilepsie von Bedeutung zu sein: ich meine in differentialdiagnostischer Beziehung. Seitdem man weiß, daß kein anderes früher für pathognomonisch geltendes Zeichen die exakte Differentialdiagnose zwischen hysterischen und epileptischen Krämpfen sichert, wie z. B. die Bewußtlosigkeit, die Pupillenstarre, die Verletzungen usf., ist es doppelt notwendig, differentialdiagnostisch wirklich verwertbare Merkmale dieser beiden Erkrankungen aufzustellen. Nach meiner Erfahrung ist hierzu die Einleitung einer Hypnose außerordentlich geeignet. Bei echten epileptischen Krankheitszuständen sah ich niemals die spezifischen Phänomene der Somnambulhypnose auftreten; und wo immer ich bei Krampfleidenden somnambule Zustände normalen oder abnormen Charakters in die Erscheinung treten sah, da handelte es sich stets um Hysterie, wie dann meist auch der neurologische Status und der Verlauf der Erkrankung zeigte. Diese Erfahrung entspricht allerdings nicht den sonst in der Literatur hierüber niedergelegten Anschauungen.

Auf die Mischzustände und Übergangsformen zwischen den hysterischen und epileptischen Krampfformen, auf die intermediären, psychopathischen, affektepileptischen Krampfanfälle näher einzugehen, dürfte sich erübrigen. Sie stehen hinsichtlich ihres Wesens, ihrer Prognose und Therapie meist den hysterischen Zuständen etwas näher als den epileptischen.

3. Die Lähmungen und Kontrakturen.

An erster Stelle kommen hier die hysterischen Lähmungen und lokalisierten spastischen Krampfzustände in Betracht. Auch für diese Krankheitsform gestattet die suggestivtherapeutische Behandlung eine relativ günstige Prognose. Es gelingt fast stets, diese Symptome in kürzerer oder längerer Frist suggestiv zu beseitigen, und zwar auch dann, wenn eine eigentliche, spezifische Hypnose nicht zu erzielen ist. Nur muß man sich, besonders bei länger bestehenden Kontrakturen, hüten, den Erfolg in einer Sitzung erzielen zu wollen. Man wird vielmehr allmählich, schrittweise vorgehen müssen. Man wird sich z. B. zunächst darauf beschränken, die Empfindlichkeit der Haut und der kontrakturierten Muskeln gegen jede Berührung, wie sie zumeist in solchen Fällen beobachtet wird, suggestiv zu vermindern. Sodann wird man leichte Streichungen der erkrankten Gliedmaßen anwenden und endlich zu sanften, allmählich sich steigernden gymnastischen Bewegungen übergehen. Alle stärkeren, schmerzhaften Einwirkungen sind unbedingt zu vermeiden. Dabei wird es stets erforderlich sein, auch auf die psychische Ätiologie dieser Symptome zu achten und hierauf suggestiv und psychotherapeutisch einzugehen. Bei dieser Behandlungsmethode sah ich z. B. eine doppelseitige, schwere Kontraktur beider Beine, die monatelang bestanden und jeder anderweitigen Behandlung hartnäckig getrotzt hatte, in fünf Wochen restlos verschwinden. Unter den spastischen Lähmungserscheinungen ist auch der Blepharospasmus zu erwähnen, dessen Behandlung

nach analogen Gesichtspunkten geleitet werden muß. Die schlaffen Lähmungen der Kinder lassen sich häufig in einer einzigen Sitzung beseitigen. Die Astasie-Abasie der Erwachsenen erfordert dagegen meist eine etwas längere Behandlung, die zweckmäßig mit einer sorgfältigen Übungstherapie verbunden wird.

Auch organische Lähmungen und Kontrakturen sind vielfach Gegenstand der hypnotischen Behandlung der Autoren gewesen. Die darüber berichteten Heilerfolge kranken freilich meist an einem Mangel exakter Diagnosenstellung. Ich selbst habe in mehreren Fällen organische Lähmungen, z. B. zerebrale Kinderlähmungen und hemiplegische Kontrakturen, jahrelang suggestivtherapeutisch behandelt. Die Erfolge, die ich eintreten sah, unterschieden sich in keiner Weise von den Erfolgen, die wir auch sonst bei jahrelang fortgesetzter Übungstherapie zu sehen gewohnt sind.

4. Die hysterischen Sensibilitätsstörungen.

So häufig der Befund anästhetischer und analgetischer Bezirke bei der Untersuchung Hysterischer ist, so selten führen die Kranken über dieses Symptom aus eigenem Antriebe Klage. Nur wenn man bei der Aufnahme des neurologischen Status die Aufmerksamkeit der Kranken darauf gerichtet hat und durch unvorsichtiges Verhalten darauf bezügliche Autosuggestionen ängstlichen Inhalts erzeugt hat, pflegen diese Gefühlsstörungen den Charakter subjektiver Beschwerden anzunehmen. Ich versäume daher nie, sobald ich hysterische Anästhesien usw. festgestellt habe, den Patienten die beruhigende Versicherung zu geben, daß solche Unterschiede des Hautgefühls durchaus normal seien und innerhalb der Breite der Gesundheit lägen, daß es sich demnach nicht um krankhafte Erscheinungen, sondern um individuelle Eigentümlichkeiten der Konstitution handele, ohne weitere pathologische Bedeutung. In den seltenen Fällen, in denen spontan über abgestorbenes Gefühl und Taubheit

der Haut oder der Gliedmaßen geklagt wird, gelingt es übrigens leicht, diese Störungen suggestiv zu beseitigen. Man suggeriert dabei den Patienten unter Anwendung leichter mesmerischer Streichungen, „daß die Durchblutung der Haut sich steigere, daß sie allmählich eine zunehmende Wärmeempfindung in den vorher analgetischen Bezirken haben werden, und daß schließlich die normale Empfindung, ohne jedes Prickeln und Stechen, sich wiederherstelle“ Dies gelingt meist in einer einzigen Hypnose, nicht selten auch für längere Zeit. Mitunter kombinieren sich auch mit derartigen Sensibilitätsstörungen spastische Zuckungen oder Lähmungen, die dann entsprechend den oben gegebenen Anweisungen zu bekämpfen sind.

Hyperästhetische und hyperalgetische Gefühlsstörungen bei Hysterischen geben eine weniger günstige Prognose. Sie bilden in der Regel auch den Gegenstand spontaner Klagen der Patienten. Es dauert gewöhnlich längere Zeit, ehe entsprechende Suggestionen einen Einfluß auf diese Störungen gewinnen. Man muß hierbei versuchen, die Aufmerksamkeit der Kranken in der Hypnose von den hyperalgetischen Bezirken abzulenken und vor allem die übertriebenen Reaktionen der Angst und des Erschreckens abzustellen, die häufig mit diesen Gefühlsanomalien verbunden sind. Einige, besonders französische Autoren haben den sogenannten Transfert zur suggestiven Beseitigung von Sensibilitätsstörungen benutzt, indem sie die Hyperalgesien durch suggestive Einflüsse von einer Körperseite auf die andere zu übertragen bemüht waren. Ich halte dieses Vorgehen aus psychischen Gründen nicht für geeignet.

Die suggestive Erzeugung von Anästhesien und Analgesien kann, wie wir sahen, unter Umständen zur Vornahme chirurgischer Operationen in der Hypnose zweckdienlich sein. Sie gelingt freilich in ausgesprochener Weise nur bei Hysterischen und nur in der normalen Somnambulhypnose. Sind diese beiden Voraussetzungen

erfüllt, so ist es in der Tat möglich, unter kompletter Reaktionslosigkeit der Patienten chirurgische Eingriffe auszuführen, die sonst gewöhnlich an der übergroßen Ängstlichkeit der Kranken scheitern. So habe ich in der Hypnose unter suggestiv erzeugter Analgesie Panaritien gespalten, Ohrlöcher gestochen, Zähne ziehen lassen. Selbstverständlich sind dazu gewisse Vorbereitungen erforderlich. Wenn es angängig ist, hypnotisiere man die betreffenden Patienten schon mehrere Male vor dem festgesetzten Termin der Operation; man suggeriere ihnen, daß sie keinerlei Angst vorher empfinden, daß sie sich nicht in irgend einer Weise sträuben werden, daß sie vielmehr in der zur Ausführung der Operation einzuleitenden Hypnose tief, ruhig und fest schlafen werden. Unmittelbar vor der Operation suggeriere man energisch und wiederholt völlige Analgesie und Anästhesie, sowie kataleptische Starre der den Bereich der Operation umgebenden Muskeln. Man überzeuge sich durch mehrfache Proben von der Realisation dieser Suggestion und halluziniere endlich den Patienten in passender Weise, indem man ihm irgend eine behagliche Situation, angenehme Träume, vertraute Personen und dergleichen vorspiegelt. Zahlreiche Autoren haben darauf hingewiesen, daß es sogar gelingt, die Blutung, die bei den Operationen erfolgt, suggestiv zu beeinflussen. Ich habe den Versuch in mehreren Fällen angestellt und gefunden, daß man bei derartigen Operationen in der Hypnose tatsächlich geringere Blutungen erhält als im Wachzustande. Ich glaube dies zurückführen zu können auf das Fortfallen jeder Bewegung nach vollzogener Operation, wodurch sonst stärkere Blutungen aus den angeschnittenen Gefäßen zustande kommen, sowie auf die Ablenkung der Aufmerksamkeit und der Gefühlsreaktionen im Vergleich zum Wachzustande.

5. Die nervösen Magen-Darmstörungen.

Ich bespreche zunächst die Appetenzstörungen der Hysterischen.

Sehr häufig finden sich bei Hysterischen Antipathien gegen bestimmte Nahrungsmittel, z. B. Fleisch oder Milch, auf deren autosuggestiven Ursprung Moll bereits hingewiesen hat. Die suggestive Behandlung bietet die Möglichkeit, diese mitunter sehr störenden Erscheinungen zu beseitigen. In einem Falle hochgradiger Antipathie gegen Milch, in dem die Patientin bei der bloßen Vorstellung der Milch Übelkeit und Erbrechen bekam, erzielte ich einen vollen Erfolg dadurch, daß ich die im übrigen recht verständige Patientin in die psychologische Genese derartiger autosuggestiver Geschmacksstörungen einführte. Ich erklärte ihr, daß das, was uns als Geschmack einer Speise zum Bewußtsein kommt, aus zwei Faktoren sich zusammensetze: einem physischen und einem psychischen Faktor. Die physische Geschmacksempfindung sei von Natur ursprünglich im wesentlichen abhängig von der Nützlichkeit und Zuträglichkeit, die der betreffende Nahrungsstoff für unseren Organismus besitze. Die psychischen Faktoren der Gewöhnung und der willkürlichen Urteilsbildung beeinflußten und veränderten aber diese ursprüngliche Geschmacksempfindung in so hohem Maße, daß dadurch eine völlige Umbetonung des Bewußtseinskomplexes hervorgerufen werden könne. So sei es schließlich, da die Milch zweifellos von Natur ein nützliches Nahrungsmittel sei, Sache der willkürlichen Urteilsbildung, ob sie den Geschmack der Milch als angenehm oder unangenehm empfinden wolle. Und sobald die Vorstellung des Unangenehmen willkürlich durch die Vorstellung des Angenehmen ersetzt sei, fielen auch von selbst die Konsequenzen weg, die sie früher bei dem Versuche, Milch zu trinken, belästigt hätten. Quod factum est.

Auch die allgemeine Anorexie ist bei Hysterischen ein häufiges Vorkommnis. Ich fand sie vorzugsweise im Gefolge seelischer Aufregungen. In einem Falle zeigte sich bei einer Patientin, die durch den unvorsichtigen Ausspruch eines Arztes in einen hochgradigen Angst- und Aufregungszustand geraten war, eine Hemmung des

Schluckvermögens, so daß die Kranke die Speisen, die sie in den Mund nahm, stundenlang kaute und im Munde umherwälzte, um sie schließlich wieder von sich zu geben. In einem anderen Falle verweigerte eine Hysterika längere Zeit jede Nahrungsaufnahme. Die hypnotische Analyse ergab, daß sie jedesmal, wenn sie sich zum Essen anschicken wollte, eine schreckenerregende, verzerrte Gesichtsmaske auftauchen sah, so daß sich ihr Hals vor Angst zusammenschnürte. In einem dritten Falle mußte ich eine Patientin eine Zeitlang in der Hypnose wider ihren Willen ernähren, da sie sich vorgesetzt hatte, aus Verzweiflung oder Trotz über eine seitens der Mutter nicht zugegebene Verbindung bei lebendigem Leibe zu verhungern. Endlich sah ich Störungen der Nahrungsaufnahme bei Hysterischen, die sich in dauernder Übelkeit und in mehrmaligem täglichem Erbrechen äußerten, durch eine Hyperästhesie der Rachenschleimhaut zustande kommen, die ein unangenehmes Kitzelgefühl, Husten und Würgbewegungen auslöste. In allen solchen Fällen gelingt es nur dann der Störungen Herr zu werden, wenn mau außer den Magenfunktionen auch die Psyche der Patienten entsprechend zu beeinflussen vermag. Die speziell suggestive Behandlung der Magenstörungen wird sich natürlich danach richten müssen, ob in erster Linie die Vorstellung, das Schluckvermögen, die Hyperästhesie der Rachenschleimhaut, die Empfindlichkeit des Magens oder sonst irgend eine andere Ursache für die Entstehung der Funktionsstörung hauptsächlich in Betracht kommt. Die Prognose der hysterischen Anorexie und Dyspepsie ist nach meiner Erfahrung überwiegend günstig. Ja, es darf hinzugefügt werden, daß die meisten Hystericae nach der Hypnose sogar spontan über ein ungewohntes Hungergefühl klagen, das sie zwinge, schon auf dem Nachhausewege eine Gelegenheit zur Stillung dieses Bedürfnisses aufzusuchen.

Ein wenig anders liegen die Verhältnisse bei der nichthysterischen, sogenannten nervösen Dyspepsie. Hier

beobachtet man häufig Angstvorstellungen und hypochondrische Ideen, die als Grundlage der Beschwerden anzusehen sind. Ausgehend von der Beobachtung, daß gewisse Speisen in der Regel ihren Magen belästigen, zu dessen Aufblähung, zu unangenehmen Druckempfindungen, Übelkeiten und dergleichen Anlaß geben, bildet sich allmählich die Überzeugung einer schweren Schädigung der Magenfunktionen aus. Die Patienten stoßen häufig und in unmäßiger Weise auf, sie würgen beim Gurgeln, nach dem Essen, beim Räuspern und bei jeder anderen Gelegenheit so lange, bis sie glücklich einen Teil des Mageninhaltes wieder herausgebracht haben. Und sie legen sich schließlich ein System von Vorstellungen und Autosuggestionen in bezug auf ihre Nahrungsaufnahme und deren Konsequenzen zurecht, das ihr ganzes Sinnen und Trachten beherrscht und das sich allmählich zu einer programmatischen Gewöhnung ausgestaltet. Zweifellos handelt es sich in solchen Fällen nicht selten um paranoide, ja sogar um echte paranoische Zustände, deren Prognose dann unbedingt ungünstig zu stellen ist. In anderen Fällen erweisen sich die Patienten der Belehrung und der suggestiven Behandlung zugänglich, wenn man auch sehr viel Zeit und Mühe darauf verwenden muß. Es genügt natürlich in solchen Fällen nicht, besseren Appetit zu suggerieren. Man wird vielmehr gezwungen sein, das gesamte Verhalten der Patienten in körperlicher und seelischer Beziehung zu berücksichtigen, ihr Nahrungsbedürfnis zu steigern, unrichtige Geschmacks- und Geruchsassoziationen, eingelernte autosuggestive Gewohnheiten zu durchbrechen, Angstvorstellungen vor dem Essen, unverständiges Verhalten bei und nach dem Essen zu korrigieren und dergleichen mehr. Bei stufenweise zielbewußtem Vorgehen im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie scheinen die Erfolge in solchen Fällen entschieden günstiger zu sein, als wir es bei lokaler Behandlung des Magens mittels Ausspülungen, rigoroser Diätvorschriften usw. zu sehen gewohnt sind.

Jedoch dürfen diätetische und medikamentöse Maßnahmen nicht verabsäumt werden, wo, wie es häufig der Fall ist, neben den psychischen Veränderungen auch physische Funktionsstörungen, Hypazidität, Indikanurie oder Ähnliches vorliegen.

6. Die habituelle Obstipation.

Die suggestive Behandlung der habituellen Obstipation ist von Forel, Hecker, Delius u. a. außerordentlich gerühmt worden. Ich kann die von diesen Autoren beschriebenen Erfolge im großen und ganzen bestätigen, wenn auch meine persönlichen Erfahrungen über diesen Gegenstand nicht allzu umfangreich sind. Indessen weiche ich in der Erklärung der Erfolge von den genannten Autoren fundamental ab. Ich glaube nicht — und wir werden später im theoretischen Teile dieses Werkes noch einmal darauf zurückgreifen müssen — daß die Suggestion auf direktem Wege, etwa durch Erregung des Sympathikus oder seiner Gangliengeflechte, die vegetativen Funktionen, speziell die Darmperistaltik anzuregen vermag. Vielmehr bin ich überzeugt, daß die tatsächlich zu beobachtende Heilung der habituellen Obstipation lediglich durch die geschickte Benutzung derjenigen bewußten und willkürlichen Elemente des Seelenlebens zustande kommt, die auch im Wachsein für die Regulation dieses physiologischen Bedürfnisses in Betracht kommen. Vergegenwärtigen wir uns doch einmal die Situation! Der normale Stuhldrang entsteht, wenn die Bewegungen und der Füllungszustand der Därme uns zum Bewußtsein bringen, daß eine Entleerung des Darminhaltes angezeigt ist. Die Entleerung selbst kommt zustande, dadurch, daß die Bauchpresse zum Teil reflektorisch, zum Teil willkürlich kontrahiert und der Sphinkterverschluß des Afters gesprengt wird. Ohne Bewußtsein der von den Därmen ausgelösten Empfindungen und ohne willkürliche Anspannung der Bauchmuskulatur kommt in normalen Zeiten ein Stuhlgang nicht zustande.

Nun ist es eine bekannte Tatsache, daß die habituelle Obstipation im letzten Grunde auf eine Vernachlässigung des Stuhldranges seitens der Patienten zurückzuführen ist. Die Kranken sind zu bequem oder zu beschäftigt, um der auftretenden Empfindung des Stuhldranges nachzugeben. Sie unterdrücken vielmehr diese Empfindung und verlernen es schließlich, darauf zu achten und ihr zur rechten Zeit nachzugeben. So entsteht allmählich das Bild der habituellen Obstipation mit seinen Folgen, der Erschlaffung der Därme, der Eindickung und Verhärtung der Fäkalmassen und den daraus resultierenden Beschwerden. Jetzt greift die Suggestivtherapie in dieses Krankheitsbild ein und erreicht zunächst, daß der Kranke, der bisher seine Darmempfindungen hartnäckig vernachlässigt hat, aus Neugier oder auch infolge direkter Suggestionswirkung wiederum auf diese Empfindungen aufmerksam wird; daß er sich gewöhnt, zu einer bestimmten Zeit seinen Darmvorgängen eine lebhaftere Beachtung zu schenken, und daß er schließlich sich bemüht, die Entleerung herbeizuführen. Ich sehe demnach in dem ganzen Vorgange nichts anderes als eine psychotherapeutische Beeinflussung der Bewußtseins- und Willenserscheinungen, die auch im Wachleben zur Erfüllung dieser vegetativen Funktion unentbehrlich sind. Dementsprechend ist auch das klinische Verfahren bei der Beseitigung der habituellen Obstipation einzurichten. Man suggeriert den Kranken nicht etwa nur, daß sie zu einer bestimmten Zeit regelmäßig Stuhlgang haben werden, sondern man sucht den suggestiven Prozeß anschaulich zu detaillieren. Man suggeriert also z. B.: „Sie werden morgen früh um 7 Uhr pünktlich erwachen, aber noch einige Minuten im Bette bleiben. Während dieser Zeit werden Sie auf Ihren Unterleib achten. Sie werden spüren, wie allmählich eine gewisse Unruhe sich in den Därmen entwickelt, die als Vorbote der folgenden Stuhlentleerung auftritt. Diese Darmunruhe wird sich beim Ankleiden immer mehr steigern. Es werden deutliche

Darmbewegungen auftreten, die schließlich zu einem immer stärkeren Rumoren im Leib und zu gelinden Leibschmerzen führen. Nach kurzer Zeit werden Sie das unwiderstehliche Bedürfnis fühlen, zu Stuhle zu gehen. Sie werden diesem Drange sofort nachgeben und eine normale, reichliche Stuhlentleerung haben. Und dieser Vorgang wird sich in gleicher Weise Morgen für Morgen abspielen." In einigen Fällen ist es notwendig, zur Verstärkung der Darmbewegungen, die dem Kranken zur Perzeption gelangen sollen, ein Glas kalten Wassers unmittelbar nach dem Aufstehen trinken zu lassen. Handelt es sich um Fälle, in denen die Darmatonie primär aus irgend welchen physischen Ursachen entstanden ist, so wird man mit dem geschilderten Verfahren nur dann einen Erfolg erzielen, wenn man zweckmäßigerweise gleichzeitig diätetische usw. Vorschriften gegeben hat, die die Regulierung der Darmfunktionen begünstigen.

7. Die nervöse Schlaflosigkeit.

Auf Grund einer umfangreichen Erfahrung bei der Behandlung dieser Erkrankung unterscheide ich drei Formen der nervösen Schlaflosigkeit, die sich in ihrem klinischen Verhalten sowohl wie in ihrer Prognose ziemlich streng voneinander trennen lassen: die neurasthenische, die hysterische und die hypochondrische Schlaflosigkeit. Schlafstörungen, die durch Schmerzen, Fieber und dergleichen bedingt sind, scheiden aus dieser Betrachtung von vornherein aus.

Die neurasthenische Schlaflosigkeit charakterisiert sich klinisch als eine echte und komplette Schlafstörung, die hauptsächlich auf der Unfähigkeit des Einschlafens beruht. Die Patienten wälzen sich die ganze Nacht ruhelos auf ihrem Lager umher; sie hören jede Stunde schlagen und fallen höchstens gelegentlich frühmorgens in einen kurzen, oberflächlichen Schlummer; am Tage zu schlafen ist ihnen unmöglich. Narkotische Schlafmittel helfen ihnen nur ganz kurze Zeit. Später erzielen sie

auch in den höchsten Dosen keine nennenswerte Wirkung mehr. Trotzdem ist das Befinden dieser Patienten relativ wenig gestört. Sie fühlen sich wohl am Tage etwas abgespannt und zerschlagen, erhalten aber ihre Leistungsfähigkeit Jahre hindurch in fast ungeminderter Höhe. Die Suggestivbehandlung dieser neurasthenischen Form der Schlaflosigkeit zeitigt vorzügliche Erfolge. Ich erinnere mich nicht, jemals einen Mißerfolg oder ein Rezidiv nach erfolgter Heilung gesehen zu haben. Die Methode des Vorgehens basiert auf der psycho-physiologischen Analyse des normalen Schlafes. Die Vorbedingungen des normalen Schlafes sind: die Leistung einer ausreichenden Menge Arbeit, die der Leistungsfähigkeit des Organismus angepaßt ist, und ein zweckmäßiges Verhalten vor und bei dem Einschlafen. Schlaflosigkeit entsteht demnach durch andauernde Störungen in der Regelung der Arbeitsökonomie des Organismus, sei es durch Mangel ausreichender Betätigung, sei es durch fortgesetzte Überanstrengungen oder durch grobe Fehler in der Quantität der Nahrungszufuhr, die die Menge der geleisteten Arbeit wesentlich übersteigt. Oder aber sie entsteht durch ein unzweckmäßiges Verhalten der Kranken gegenüber der Schlafvorstellung selbst und dem Einschlafen. Hierzu zählt die Unlust und Angst, die der Kranke während des Tages vor der Nacht und dem Zubettgehen empfindet, wobei er der negativen Erwartungsspannung des Nichtschlafenkönnens sich hingibt. Ferner das verkehrte Verhalten vor dem Schlafen, sofern der Patient stundenlang liest oder im Zimmer auf und ab geht, sich unzählige Umschläge macht oder dergleichen, um den Schlaf gewaltsam herbeizuzerren. Endlich das unruhige Umherwälzen im Bette selbst, die dauernde nervöse Anspannung der Muskulatur, das fortwährende Augenöffnen, das Horchen auf jedes Geräusch, das unausgesetzte Umherwandern der Gedanken und die auf diese Weise entstehende innere Aufregung und Verzweiflung, die der Gedanke: „Du schläfst schon wieder nicht“ mit

sich führt. Auf alle diese Details wird der sorgsame Suggestivtherapeut achten müssen, wenn er einen Erfolg bei der Behandlung der neurasthenischen Schlaflosigkeit erzielen will. Je nachdem der eine oder andere Faktor stärker hervortritt, wird er in der Behandlung entsprechend zu berücksichtigen sein. Durchschnittlich gestaltet sich demnach eine suggestive Behandlung der neurasthenischen Schlaflosigkeit etwa folgendermaßen. Außerhalb der Hypnose gebe ich dem Patienten diejenigen Ratschläge in bezug auf sein körperliches Verhalten, die die Sachlage erfordert. Speziell achte ich auf die Beschaffenheit seines Schlafraumes, der nicht von lauten Geräuschen erfüllt und stets völlig verdunkelt und mäßig temperiert sein soll. In der Hypnose, die natürlich in diesen Fällen ausnahmslos eine sehr oberflächliche sein wird, gebe ich etwa folgende spezielle Suggestionen: „Sie werden von jetzt an während des Tages sich völlig ruhig fühlen und keinerlei Angst vor der Nacht und vor dem Zubettegehen haben. Sie werden im Gegenteil sich auf den kommenden Schlaf freuen und zuversichtlich seinen Eintritt erwarten. Sie werden nach dem Abendessen bis zur Zeit des Schlafengehens eine behagliche Ermüdung im Körper spüren, die allmählich immer mehr zunimmt und bis zu einer angenehmen körperlichen und geistigen Schläfrigkeit sich steigert. Im Bette werden Sie die Augen schließen und sie nicht eher öffnen, als bis Sie frühmorgens geweckt werden. Sie werden sich eine angenehme Lage aussuchen, werden die Muskeln vollkommen erschlaffen lassen und werden in der einmal gewählten Lage ausharren und sich wohl fühlen, ohne daß irgend welche Muskelspannungen oder -bewegungen auftreten. Allmählich wird die Müdigkeit immer mehr zunehmen. Sie werden spüren, wie die Ruhe im Körper immer vollständiger und tiefer wird, wie die Atmung ruhig, langsam und gleichmäßig vonstatten geht. Allmählich werden auch die Gedanken immer mehr sich zur Ruhe legen. Alle ablenkenden und störenden Gedanken

werden verschwinden, die Aufmerksamkeit wird sich völlig auf die Atmung konzentrieren. Sie werden auf jeden Ihrer Atemzüge ruhig und aufmerksam achten und merken, wie es allmählich immer dunkler um Sie herum wird, wie die Müdigkeit immer erquickender und tiefer sich Ihres ganzen Organismus bemächtigt und in kurzer Zeit ein traumloser erquickender, tiefer Schlaf sich einstellt. Und wenn Sie auch einmal in der Nacht erwachen, so werden Sie doch nicht die Augen öffnen oder sich unruhig umherwälzen, sondern Sie werden erst gar nicht völlig wach und munter werden, sondern in wenigen Minuten wiederum tief und fest einschlafen. Frühmorgens, wenn Sie geweckt werden, werden Sie sich frisch und kräftig fühlen. Der Schlaf wird Ihre Nerven stärken, Ihre Stimmung heben und Ihre Leistungsfähigkeit in jeder Richtung erhöhen." Von medikamentösen Verordnungen habe ich stets völlig abstrahieren können. Von physikalischen Maßnahmen empfehle ich höchstens unmittelbar vor dem Schlafengehen ein indifferentes lauwarmes Wannenbad von 26—27° R und 6—10 Minuten Dauer zu nehmen; weniger weil ich hiervon einen physischen Effekt erhoffe, als weil diese Prozedur erfahrungsgemäß dazu beiträgt, die Gedanken des Kranken abzulenken und ihn in aktivierendem Sinne suggestiv auf das Einschlafen vorzubereiten. Andere Maßnahmen, Packungen, Fußbäder usw. haben sich mir nie erforderlich erwiesen. Der Erfolg der Behandlung tritt in 2—6 Wochen ein und dauert nach meiner Erfahrung auch nach der Behandlung in ungeminderter Stärke fort. Eine wertvolle Unterstützung leisteten mir hierbei die von mir an anderer Stelle beschriebenen Ruheübungen (vergleiche L. Hirschlaff: Über Ruheübungen und Ruheübungsapparate. Zur Psychologie und Hygiene des Denkens. Zwei Vorträge. Berlin, Springer, 1911. 41 S.).

Die hysterische Schlaflosigkeit unterscheidet sich schon in ihrem klinischen Verhalten gegenüber dem oben skizzierten Bilde. Statt der Störung des Ein-

schlafens stehen hier die Verminderung der Qualität des Schlafes, der Einfluß der Affektivität und die Störung des Schlafurteils im Vordergrunde. Die Patienten schlafen in Wirklichkeit in der Regel bedeutend mehr, als sie angeben und als sie selbst glauben. Der Schlaf ist ein leiser, oberflächlicher, so daß die Patienten das Bewußtsein nicht völlig verlieren. Es fehlt ihnen daher an dem exakten Urteil über die zeitliche Größe des genossenen Schlafes, zumal sie sich nach dem Schlafe durchaus nicht erquickt fühlen und auch sonst zu Übertreibungen geneigt sind. Dazu kommen Schlafstörungen anderer Art: die Patienten werfen sich im Schlafe unruhig hin und her, sprechen und schreien aus dem Schlafe und haben unangenehme und schreckeinflößende Träume, die auch nach dem Erwachen noch ihr Seelenleben beunruhigen. Diese Erscheinungen hängen vielfach mit der gesteigerten Affektivität der Hysterischen zusammen. Die Prognose der hysterischen Schlaflosigkeit ist wesentlich ungünstiger als die der neurasthenischen Form. Es gelingt zwar, den Patienten einen ruhigen und ausgiebigen Schlaf zu verschaffen, solange sie in der Behandlung stehen und sofern psychische Aufregungen ferngehalten werden können. Nach beendeter Behandlung aber dauert der Erfolg nur so lange fort, bis das seelische Gleichgewicht der Kranken durch neue Einflüsse wiederum gestört wird. Was die Behandlung selbst anbelangt, so scheint mir hier außer der psychotherapeutischen Beeinflussung auch die Hypnose als solche eine wirksame Rolle zu spielen. Nicht selten gelingt es, bei diesen schlaflosen Hysterizis eine somnambule Hypnose zu erzielen. Und es empfiehlt sich durchaus in solchen Fällen, statt der üblichen kurzen psychotherapeutischen Hypnose eine bis auf 1—2 Stunden verlängerte Hypnose durchzuführen, die die Patienten als außerordentlich angenehm und stärkend zu empfinden pflegen, selbst dann, wenn eine eigentliche suggestive Einwirkung an dem abnormen Charakter der Hypnose scheitert. Auf die Be-

ziehungen der abnormen Schlafhypnose zu den Schlafstörungen der Hysterischen habe ich übrigens schon oben hingewiesen.

Die hypochondrische Schlaflosigkeit ist in der Regel ebenfalls nicht eine komplette. Die Patienten schlafen meistens, auch nach ihrer eigenen Angabe, 2 bis 4 Stunden, sei es am Anfange der Nacht, sei es gegen Morgen. Aber sie halten diesen verminderten Schlaf für absolut unzureichend und sind fest davon überzeugt, daß ihr Nervensystem dabei zugrunde gehen muß. Tag und Nacht ist ihr ganzes Denken erfüllt von der Vorstellung des Nichtschlafenkönnens und den daraus entstehenden Konsequenzen. Jede Bewegung ihres Körpers, jede Speise, die sie sich zuführen, jedes Detail ihres körperlichen und seelischen Verhaltens wird unausgesetzt und sorgsam daraufhin untersucht und erwogen, ob es den Schlaf hindern oder fördern könnte. Schließlich bildet sich ein festgefügtes System von autosuggestiven Assoziationen heraus, das ihnen aus wechselnden Gründen an jedem Tage die gleiche subjektive Überzeugung verschafft, daß sie nicht werden schlafen können. Dazu kommt der enorme Einfluß, den die Kranken ihrer Schlaflosigkeit in bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Stimmung einräumen. Sie fühlen sich außerstande — schon aus theoretischen Gründen — irgend welche geringen Anstrengungen körperlicher oder geistiger Natur zu übernehmen. Ihre Stimmung ist eine stetige Verzweiflung, untermischt mit kurz aufflackernden, schon bei ihrer Entstehung totgeborenen Hoffnungsansätzen, die sich auf immer neue, bald wieder aufgegebene Heilexperimente gründen: ihr ganzes Leben ist schließlich nichts weiter als eine immer wieder aufs neue getäuschte Erwartung des nicht eintretenwollenden Schlafes. Die Prognose dieser ausgeprägten hypochondrischen Form der Schlaflosigkeit ist ungünstig. Es gelingt kaum, die autosuggestiven Hemmungen der Schlafvorstellung zu beseitigen und die vielen irrtümlichen Anschauungen, die der Kranke im Laufe der

Zeit in sich angesammelt hat, zu korrigieren. Solange noch dazu ein neues Schlafmittel an der fernsten Peripherie des Horizontes auftaucht, das von einer rührigen Industrie als völlig unschädlich und unfehlbar wirksam angepriesen wird, so lange läßt er sich nicht herbei, einer einfachen seelischen Behandlung seine Aufmerksamkeit und seine Willenskraft zu leihen. In den Fällen, in denen nur leichte hypochondrische Ideen das Bild der neurasthenischen Schlaflosigkeit komplizieren, ist die Prognose natürlich entsprechend günstiger. Die Behandlung wird in jedem Falle danach streben müssen, neben der Schlaflosigkeit die hypochondrische Konstitution der Patienten zu bekämpfen. Daneben erweisen sich arzneiliche Beruhigungsmittel oder physikalische Einwirkungen meist als unentbehrlich.

Über die Prognose und Therapie der Übergangs- und Mischformen der drei geschilderten Typen der nervösen Schlaflosigkeit braucht hier Näheres nicht ausgeführt zu werden.

8. Die Stimmungsschwankungen.

Auf die hohe Bedeutung der Stimmung und des Gefühlslebens für die Entstehung und Behandlung nervöser Zustände ist schon oben hingewiesen worden.

Die Stimmungsanomalien der Hysterischen sind, wenigstens in der tiefen Hypnose, außerordentlich leicht zu beseitigen. Hysterische Melancholien, mögen sie durch Erlebnisse der Patienten motiviert sein oder nicht, weichen der suggestivtherapeutischen Behandlung meist überraschend schnell, sobald die Patienten in somnambule Hypnose versetzt sind. Es gelingt dann, mit einfachen Argumenten die Kranken von der Haltlosigkeit ihres Trübsinns zu überzeugen und Heiterkeit und ausgelassenen Frohsinn an Stelle der traurigen Gemütsverfassung zu erzeugen. Leider hält diese Wirkung nur so lange an, bis neue verstimmende Eindrücke die überempfindliche Seele der Patienten attackieren.

Die Stimmungsschwankungen der Neurastheniker und Hypochonder sind suggestivtherapeutisch mit einigem Erfolge zu beeinflussen, wenn auch nur bei stufenweisem, langsamem Vorgehen. Man wird hier darauf eingehen müssen, wie die Verstimmungen und Depressionen der Nervösen zustande kommen. Man wird zeigen müssen, daß die Grundlage unserer Stimmungen eine physische, das sogenannte allgemeine Körpergefühl ist, das sich als Summe aller Organempfindungen in unserem Bewußtsein spiegelt. Je nach der momentanen oder dauernden Beschaffenheit und Funktionstüchtigkeit der Organe wird demnach die Gesamtstimmung eine lust- oder unlustbetonte sein, während die einzelnen Erlebnisse erst sekundär die auf diese Weise zustande gekommene Grundstimmung modifizieren. Dabei spielt das Verhalten und die Willkür der Patienten eine größere Rolle, als man gemeinhin annimmt. Wer mit einer Schlaffheit aller Organe und mit einer müden Verdrossenheit an alle seine Betätigungen herangeht, wird leicht die Verstimmung zu dem Range einer unausweichlichen Gewohnheit erheben. Wer dagegen straff und kernig an jede Tätigkeit herantritt, wer sich bemüht, in seinem ganzen Wesen und Auftreten eine stete Elastizität zur Schau zu tragen, wer bestrebt ist, allen Personen und Dingen mit einem unerschöpflichen Fonds von Wohlwollen gegenüberzutreten, wer endlich gelernt hat, aus den unscheinbarsten Veranlassungen in der Natur und im Leben Gelegenheiten zur Freude zu entnehmen, der wird viel eher in der Lage sein, sein bewußtes Streben durch eine philosophisch heitere Gemütsverfassung belohnt zu sehen. Auch die scheinbaren oder begründeten Motivationen der nervösen Verstimmungen lassen sich auf ähnliche Weise bekämpfen: die Hebung des Selbstbewußtseins, die verständige Aussprache über die Ursache der Depressionen usw. tragen dazu das ihrige bei. Die Hauptsache bleibt, daß die Kranken lernen, ihre depressive Gemütsstimmung mehr auf die Schwäche ihrer Nerven und ihres körper-

lichen Befindens, sowie auf Mängel ihrer Weltanschauung zurückzuführen, als auf den sachlichen Inhalt ihrer zufälligen Erlebnisse.

Auch hypomelancholische und leichtere melancholische Zustände habe ich auf diese Weise ausheilen sehen. Dic echte, ausgebildete Melancholie dagegen verhält sich nach meiner Erfahrung jeder direkten seelischen Beeinflussung gegenüber vollkommen refraktär.

9. Die Phobien.

Die nervösen Angstzustände zählen zu den günstigeren Objekten der Suggestivtherapie. Als leitender Grundsatz für ihre Behandlung muß die Forderung aufgestellt werden, die psychologische Genese der Erkrankung bis auf ihren ersten Ursprung zurückzuverfolgen und den autosuggestiven Charakter der an eine bestimmte Vorstellung oder Handlung jedesmal assoziierten Angst aufzuweisen. Eine allmähliche suggestive Erziehung führt dann zu der Überwindung immer größerer seelischer Widerstände, die schließlich willkürlich hervorgerufen werden können, ohne den früher gewohnten deprimierenden Eindruck auf die Psyche des Patienten zu machen.

Dieses Prinzip soll an drei Typen von Phobien veranschaulicht werden, die ich selbst häufiger zu behandeln Gelegenheit hatte.

Dic Platzangst, Agoraphobie, ist in ihrem Ursprung häufig abzuleiten von eincm bestimmt nachweisbaren Erlebnis des Kranken, indem er während des Überschreitens eincs größeren Platzes zufällig entweder von cinem plötzlichen Schwäche- oder Schwindelgefühl oder von einem sei es motivierten, sei es unmotivierten Schreck oder endlich von dem bloßen Gedanken des Nichtkönnens oder der Erinnerung an ähnliche Erzählungen anderer befallen wurde. Auch als Komplikation organischer Nervenkrankheiten, wie z. B. der Tabes, der Hemiplegie usw., ist die Platzangst zu beobachten. Die Behand-

lung geht darauf hinaus, neben dem Nachweis der autosuggestiven Fixierung der einmal zufällig entstandenen Angst eine Art seelischer Widerstandsgymnastik durchzuführen. Ich pflege zunächst dem Patienten klarzulegen, worauf die Sicherheit und die bewußte Koordination unserer Bewegungen beruht: auf dem Bewußtwerden der Muskel-, Sehnen-, Haut- usw. Empfindungen, die ein stets im Bewußtsein nachweisbares Lagegefühl bedingen, sowie auf der optischen Kontrolle der äußeren Umgebung und der von uns ausgeführten Bewegungen und Haltungen. Störungen der Sicherheit der bewußten Koordination können demnach erfolgen dadurch, daß die Intensität des bewußten Lagegefühls sich vermindert, indem Ablenkungen der Aufmerksamkeit durch emotionelle Zustände hervorgerufen werden; oder dadurch, daß die optische Kontrolle versagt, indem — ebenfalls aus emotionellen Ursachen — die Fixation der Augen und die Sehschärfe oder besser Sehdeutlichkeit momentan nachlassen. Die zu erlangende Übung des Patienten wird sich demnach auf diese beiden Faktoren zu erstrecken haben. Er wird motorische Übungen aller Art, nicht etwa bloß Gehübungen, die erst später in Betracht kommen können, machen müssen, um das Bewußtsein der Muskel-, usw. Empfindungen zu stärken und die Treffsicherheit und Koordination seiner Bewegungen zu steigern. Er wird sich ferner gewöhnen müssen, scharf und furchtlos seine Augen auf jeden Gegenstand zu fixieren, gleichviel ob er die Augen geradeaus richtet, ob er sie zu Boden senkt oder ob er eine weite, unausgefüllte Fläche vor sich hat. Durch stufenweise fortschreitende Widerstandsübungen dieser Art, deren energische und gemütsruhige Durchführung suggestiv mittels der Hypnose gesichert werden kann, wird der schließliche Erfolg erreicht werden. Dabei sind die Widerstände in schweren Fällen möglichst schonend abzustufen; die Gehübungen werden zunächst an der Hand des Arztes, dann an einem stützenden Stocke und dann erst, anfangs stets in Gegenwart des Arztes, frei aus-

zuführen sein. Es versteht sich von selbst, daß bei dieser Behandlung wie in jedem anderen Falle entsprechend der Konstitution des Patienten individualisiert werden muß. Bei der neurasthenischen Konstitution wird in allen Fällen die Belehrung und die Übungstherapie, bei der hysterischen Konstitution die Suggestion und Hypnose, bei der hypochondrischen Konstitution die Autoritätswirkung im Vordergrunde unserer Bemühungen stehen.

Die *Errötungsfurcht*, *Erythriophobie*, ist ein Leiden, das hauptsächlich in dem Alter entsteht, das als Übergang von der Kindheit zum erwachsenen Alter zu betrachten ist. Das männliche Geschlecht scheint häufiger und stärker betroffen zu werden als das weibliche. Wir können mit *Pitres* und *Régis* drei Grade der Erythriophobie unterscheiden: 1. die Erythriophobia simplex, bei der die Kranken keine weiteren Veränderungen zeigen als eine auffallende Leichtigkeit zu erröten, ohne daß seelische Abnormitäten sich dazu gesellen; 2. die Erythriophobia emotiva, wobei die Kranken ebenfalls häufig erröten, aber sich dadurch außerordentlich bedrückt und belästigt, sowie in ihrem gesellschaftlichen und beruflichen Verhalten gehemmt fühlen; 3. die Erythriophobia obsessiva, wo das Erröten den Gegenstand einer Zwangsvorstellung, einer Zwangsangst bildet, die die Kranken unaufhörlich beschäftigt und nicht selten zu verzweifelten Handlungen treibt. Ich habe zahlreiche Beispiele jeder dieser drei Formen der Erythriophobie beobachtet und über die psychologische Entstehung dieser Störungen aus ursprünglich normalen Phänomenen des Seelenlebens an anderer Stelle ausführlichere Belege gegeben. Der Tatbestand in den ausgeprägten Fällen des Leidens ist gewöhnlich folgender. Ausgehend von einer bestimmten Gelegenheit, wo der Patient über einen unpassenden Scherz, eine unzarte Bemerkung über sein Aussehen oder Benehmen und dergleichen errötete und vielleicht wegen dieses Errötens von der Umgebung geneckt und gehänselt wurde, bildet sich allmählich ein Unlust erweckendes,

drückendes Bewußtsein der allgemeinen äußeren und inneren Hemmung bei dem Patienten aus. Die Furcht zu erröten und sich dadurch lächerlich zu machen, erzeugt bei jeder Gelegenheit, wo der Kranke den beobachtenden Blicken anderer ausgesetzt ist, allerhand seelische und körperliche Störungen. Sie raubt ihm im Momente die vernünftige Überlegung, läßt seinen Gedankenfluß stocken, seine Erinnerungen schwinden. Sein Sprechvermögen wird gestört, ja sogar aufgehoben, und es entsteht das Gefühl der absoluten Minderwertigkeit und Geistesabwesenheit. Dazu kommen körperliche Störungen: Atembeklemmung, Herzklopfen, Parästhesien, brennende Röte über Kopf, Hals und Ohren, starker Schweißausbruch am ganzen Körper, Unfähigkeit zu koordinierten Bewegungen, Flimmern vor den Augen, Vermehrung der Speichelsekretion, Stottern, Harn- und Stuhldrang. Als subjektive Ursachen dieser Störungen führen die Kranken gewöhnlich die Vorstellung an, daß sie sich durch das Erröten bei ihrer Umgebung auffällig und lächerlich machen, daß jeder Zuschauer ihnen ihre geistigen und körperlichen Mängel ansehe und daß man über ihre übertriebene schamhafte Empfindlichkeit sowie über ihre Unfähigkeit, ihre inneren Seelenvorgänge zu verbergen, sich lustig mache. Nicht selten zeigt sich hierbei eine Art Beachtungs- und Beziehungswahn, insofern die Kranken sich im Mittelpunkte ihrer Umgebung glauben und alle Bemerkungen, Blicke und Gedanken anderer Personen in ihrem Sinne deuten und auf sich beziehen. Die suggestive Behandlung wird die einzelnen, von der Analyse aufgedeckten Detailerscheinungen eingehend berücksichtigen müssen. Sie wird das Selbstbewußtsein des Patienten zu heben, sein Vertrauen zu sich selbst, zu seinem Äußeren, seinem Auftreten, seinen Fähigkeiten stärken, ihn vor der Gefahr der Überschätzung anderer warnen müssen. Sie wird ihm offenbaren, daß er bei der Annahme abfälliger Urteile von seiten der Umgebung von irrtümlichen Voraussetzungen ausgeht, insofern er das

Interesse der anderen, sich mit ihm zu beschäftigen, sowie deren Fähigkeit, seinen eigenen momentanen Seelenzustand aus seinem äußeren Verhalten zu erkennen, überschätzt. Sie wird ihn endlich lehren, das Erröten als solches als einen harmlosen Vorgang aufzufassen, der auf einer durchaus natürlichen und sympathischen Grundlage beruht und der um so seltener und um so weniger störend in die Erscheinung tritt, je weniger Gewicht man ihm selbst beilegt und je weniger man sich darüber ärgert. Auch hier werden allmähliche Widerstandsübungen angebracht sein, in denen der Patient das Erröten willkürlich hervorzurufen und sich ihm gegenüber verständig zu verhalten gewöhnt wird. Die Prognose der suggestivtherapeutischen Behandlung dieses Leidens ist um so besser, je jünger der Kranke ist. Ältere Kranke sah ich trotz jeder Einwirkung menschenscheu werden, zum Potatorium greifen, ja sogar mit dem Gedanken des Suizidiums umgehen.

Die Schreibfurcht, Graphophobie, ist mit dem vorhergehenden Angstzustand insofern verwandt, als die Störungen des Schreibens, die bis zur völligen Unmöglichkeit des Schreibens sich steigern können, fast ausschließlich in Gegenwart anderer Personen auftreten. Während der Kranke für sich allein leidlich zu schreiben vermag, gerät er in starkes Zittern, begleitet von Herzklopfen, Schweißausbruch, Flimmern und Tränen der Augen, Schwäche und Lähmung der Hand- und Armmuskulatur usw., sobald eine andere Person ihm beim Schreiben zusieht. Den ersten Ausgangspunkt derartiger Angstzustände bildet gewöhnlich ein mehr oder minder ausgeprägter Schreibkrampf, d. h. eine Störung der physischen Koordination der Schreibmuskulatur. Die Behandlung gestaltet sich analog dieser Genese. Der Kranke muß lernen, mit der geringsten Kraftanstrengung, i. e. mit möglichst großer Lockerheit seiner sämtlichen Schreibmuskeln die zum Schreiben notwendigen Bewegungen und Haltungen der Finger, der Hand und des Armes einzeln

auszuführen und dabei stets auf die Kontrolle der Bewegungen aufmerksam zu achten, die durch die Bewegungsempfindungen und durch das Gesicht zustande kommt. Durch eine Fülle zweckmäßiger Übungen, die sich aus diesem Prinzipe zwanglos ableiten lassen, gelangt der Kranke allmählich zu einer größeren Sicherheit der Bewegungen und infolgedessen zu einer steigenden inneren Ruhe, die durch spezielle suggestive Maßnahmen gefördert werden kann. Die Prognose des Leidens ist nach meiner Erfahrung vorwiegend günstig; in den Fällen, in denen eine gleichzeitige Komplikation mit dem eigentlichen Schreibkrampf, Mogigraphie, vorliegt, muß natürlich auf diesen die gebührende Rücksicht in bezug auf physische Einwirkungen usw. genommen werden.

10. Die Zwangsvorstellungen.

Mit den Angstzuständen verwandt und nicht selten verknüpft sind die Zwangsvorstellungen der Nervösen. Von ihnen soll an dieser Stelle nur so weit die Rede sein, als sie mit Krankheitseinsicht verbunden, also nicht zu den Psychosen zu rechnen sind.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen kann verschiedener Natur sein. Bald handelt es sich um die Idee, daß der Kranke einen seiner liebsten Angehörigen ermorden oder aus jedem offenen Fenster oder in jedes vorüberfließende Wasser springen müsse. Bald quält ihn der immer wiederkehrende Gedanke, einer anderen Person unrecht getan zu haben, sich an seiner Geliebten oder seinem Kinde versündigt zu haben. Bald sind es sexuelle Vorstellungen, die den Kranken belästigen und ihn in die immerwährende Furcht versetzen, etwas Anstößiges oder Gesetzwidriges getan zu haben. In einigen Fällen wechselt der Inhalt der Zwangsvorstellungen von Zeit zu Zeit, in anderen bleibt er konstant. Auch die Zweifel- oder Grübelsucht, folie du doute, gehört in die Reihe dieser Erkrankungen. Sie kann in leichteren Formen sich darauf beschränken, daß die Kranken nach jeder Hand-

lung, die sie ausführen, sei es das Schreiben eines Briefes, das Schließen einer Tür, das Auslöschen eines Lichtes usf., von quälenden Zweifeln befallen werden, ob sie die betreffende Handlung auch wirklich und korrekt ausgeführt haben, so daß sie sich immer und immer wieder gezwungen fühlen, dies zu kontrollieren. In schwereren Fällen zieht der Patient alles in Zweifel, was bei anderen als erwiesen gilt und was er selber in seinem Bewußtsein vorfindet. Er zweifelt an den Aussagen seiner Umgebung, seines Arztes, sowie an seinen eigenen Urteilen und Erinnerungen. Er zweifelt an der Realität seiner Sinneswahrnehmungen, an der Existenz der Welt, ja sogar an seinem eigenen Dasein.

Die Gefühlsbetonung aller dieser Zwangsvorstellungen ist, wie sich von selbst versteht, eine negative. Doch möchte ich der Kuriosität halber anführen, daß ich in einem Falle auch eine lustbetonte Zwangsvorstellung gesehen habe. Es handelte sich um einen begabten Studenten der Mathematik, der bald nach dem Beginne des Arbeitens jedesmal die Vorstellung bekam: „Das hast du vortrefflich gemacht." Diese Vorstellung versetzte ihn zwar in eine heitere Laune, hinderte aber schließlich jede Fortsetzung der Arbeit in so hohem Maße, daß er ärztliche Hilfe dagegen in Anspruch nehmen mußte.

Die Prognose der suggestivtherapeutischen Behandlung der Zwangsvorstellungen ist nicht ungünstig, jedenfalls aber erheblich günstiger als bei jeder anderen, mir bekannten Behandlungsmethode dieses Leidens. Ich habe die Mehrzahl der von mir behandelten Fälle in einigen Wochen bis zu zirka sechs Monaten glatt ausheilen sehen. Nur wenige inveterierte Fälle, in denen die Stimmung hartnäckig deprimiert blieb und in denen paranoide Übergänge gewöhnlich nicht mit Sicherheit auszuschließen waren, widerstanden der Suggestionsbehandlung dauernd.

Die Methode des Vorgehens basiert auf der Trennung der emotionellen und der intellektuellen Bestandteile der Zwangsvorstellungen. Der intellektuelle Be-

standteil, i. e. der Inhalt der Zwangsvorstellung, ist relativ nebensächlich und zufälligen, oft unlogischen Charakters. Der emotionelle Faktor, d. i. die Angst und der Unwille, der Ärger und die Verzweiflung, die die Patienten fast jedesmal im Gefolge der Zwangsvorstellungen empfinden, ist die eigentliche Wurzel der hartnäckigen Perseveration und der stetigen Wiederkehr der Zwangsvorstellungen. Ursprünglich bedingt fast jede Überanstrengung körperlicher und besonders geistiger und seelischer Art eine gewisse mechanische Veränderung des Gedankenablaufes, insofern monotone Gedankenreihen mit mechanisch assoziierten oder auf Gegenvorstellungen basierenden Inhalten in beschleunigter und immer wiederkehrender Form in unserem Bewußtsein auftauchen. Wer gewöhnt ist, sich selbst genau zu beobachten, wird in derartigen Zuständen der Aufregung, der Übermüdung oder des Hungers eine solche mechanische Vermehrung des inneren Sprechens konstatieren. Es ist ja bekannt, daß das innere Sprechen, i. e. die Bewegungen der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskulatur, auch sonst jedes zusammenhängende Denken begleiten und daß diese Bewegungen auch unabhängig von unserem Willen in derselben Weise auftreten können, wie etwa die unwillkürlichen Zuckungen der Skelettmuskulatur unter den gleichen Bedingungen. Dabei ist, wie gesagt, der Inhalt dieses mechanischen Denkens durchaus zufälliger Natur. Es können rein mechanisch bedingte Assoziationen, sehr häufig aber auch die sogenannten Gegenvorstellungen auftauchen, die sonst unter normalen Umständen der Hemmung des Bewußtseins und des Willens unterliegen. Treten nun zu diesen mehr oder minder zufälligen Gedankengebilden affektive Momente hinzu in Gestalt des Entsetzens und der Vorwürfe, die sich die Kranken über den Inhalt der Gedanken machen, oder in Gestalt der Angst und des Schreckens, den die Patienten infolge des bloßen Auftretens solcher Vorstellungen als angeblicher Symptome von Geisteskrankheiten empfinden, so entsteht

der Komplex der Zwangsvorstellungen mit allen seinen klinischen Erscheinungen.

Die suggestive Therapie baut sich auf dieser psychologischen Analyse des Tatbestandes auf. Sie sucht zunächst den Inhalt der Zwangsvorstellungen logisch zu beleuchten, falls er korrekt motiviert ist, oder ihn als unlogisch zu charakterisieren, falls er nicht durch Tatsachen motiviert erscheint. Sodann sucht sie dem Kranken ein Verständnis für die Genese und die semiologische Bedeutung dieser Zustände zu verschaffen, indem sie auf die physiologisch-psychologische Wurzel derartiger Störungen in der gesunden Psyche hinweist. Endlich wird der Patient angehalten, durch geeignete Übungen das mechanische innere Sprechen einzuschränken und andererseits den Gefühlskomplex, der mit den Zwangsvorstellungen verknüpft war, allmählich umzuwandeln. Hat der Patient gelernt, sich über seine krankhaften Vorstellungen nicht mehr zu entsetzen, sondern sich gleichgültig dagegen zu verhalten oder sogar gleichsam damit zu spielen, so überzeugt er sich mehr und mehr von der Harmlosigkeit der Erscheinungen und richtet sein Augenmerk mehr als früher auf ein verständiges, körperliches und geistiges Verhalten. Je gehobener die Stimmung, desto seltener treten die lästigen Vorstellungen auf, um schließlich völlig zu verschwinden. Die hypnotische Beeinflussung in diesem Sinne trägt dazu bei, den sonst etwas umständlichen Aufklärungs- und Umstimmungsprozeß zu beschleunigen und in geeigneter Weise zu verstärken.

11. Die nervösen Herzbeschwerden.

Es ist jedem Nervenarzt geläufig, daß ebenso wie Störungen fast aller Organfunktionen bei Nervösen beobachtet werden, auch nervöse Herzbeschwerden zu den häufigeren und lästigeren Vorkommnissen zählen. Die gewöhnlichsten Störungen auf diesem Gebiete sind die nervösen Pulsbeschleunigungen, die entweder als paroxys-

male oder dauernde Tachykardien oder als eine durch geringe Reize ausgelöste Übererregbarkeit der Herztätigkeit auftreten können. Ferner die Irregularitäten und Arhythmien der Herztätigkeit, die sich in der Verschiedenheit der einzelnen Pulswellen und in dem häufigen Aussetzen des Pulses oder dem Auftreten von extrasystolischen Herzkontraktionen äußern. Wenn es auch schwer ist, in jedem einzelnen Falle das Vorhandensein organischer Veränderungen, wie der chronischen Myokarditis und der arteriosklerotischen Veränderungen mit absoluter Sicherheit auszuschließen; wenn es auch richtig ist, daß in vielen derartigen Fällen eine relative Insuffizienz der Herztätigkeit angenommen werden muß, die als letzte Ursache der vorhandenen Störungen anzusehen ist, so erweist doch der über Jahrzehnte sich erstreckende Verlauf dieser Krankheitsbilder sowie der rasche Wechsel der Symptome besonders auch nach psychischen Beeinflussungen die nervöse Natur dieser Beschwerden. Da wir außerdem wissen, daß Affekte aller Art funktionelle Veränderungen der Herztätigkeit und des Blutkreislaufs hervorbringen, die exakt kardio-, sphygmo-, plethysmographisch gemessen werden können, so wird man die Möglichkeit rein nervöser Herzbeschwerden mindestens theoretisch nicht leugnen können.

Über die suggestive Behandlung der funktionellen Herzbeschwerden der Neurastheniker besitze ich wenig Erfahrung. Ich habe nur sehr selten überhaupt den Versuch gemacht, gegen diese Störungen suggestiv einzuschreiten, weil ich von der Voraussetzung ausging, daß die Herzbeschwerden der Neurastheniker wohl zumeist auf physischen Irritationen des Vagus oder Sympathikus beruhen möchten, während die dabei zu beobachtenden psychischen Symptome in der Regel als sekundärer Natur angenommen werden können. Jedoch möchte ich die Indikation eines suggestivtherapeutischen Versuches bei diesen Störungen nicht völlig von der Hand weisen.

In sehr großer Zahl dagegen hatte ich Gelegenheit,

funktionelle Herzbeschwerden bei Hysterischen zu beobachten und suggestiv zu behandeln. Über das klinische Verhalten dieser hysterischen Herzstörungen seien einige Bemerkungen gestattet. Wenn man die Herztätigkeit der Hysterischen bei verschiedener Gelegenheit und unter Anwendung aller Prüfungsmethoden, die die Wissenschaft uns darbietet, regelmäßig und systematisch untersucht, so findet man in einem erschreckend großen Prozentsatz aller Fälle deutlich nachweisbare objektive Veränderungen der Herzfunktion. Das eine Mal findet man vielleicht nur eine geringe, aber über längere Zeiträume sich erstreckende Tachykardie mit kleinem, mäßig gefülltem, leicht unterdrückbarem Puls. Das andere Mal findet man exzessive Steigerungen der Herzarbeit im Gefolge geringer Anstrengungen oder seelischer Aufregungen. In wieder anderen Fällen endlich erscheinen unregelmäßige Intermissionen der Herztätigkeit mit irregulärer Beschaffenheit der einzelnen Pulswellen und zahlreichen, in unregelmäßigen Intervallen auftretenden Extrasystolen. Die physikalische Untersuchung des Kor ergibt hierbei keinerlei markante Veränderungen. Die Herzgrenzen sind nicht oder in kaum nennenswertem Maße verbreitert, die Herztöne sind rein. Nicht selten allerdings findet man den einen oder anderen Herzton etwas verstärkt, den ersten Mitralton unrein, über den Karotiden ein schon ohne jeden Druck auftretendes systolisches Geräusch. Relativ häufig sind bei solchen Hysterizis, die nervöse Herzstörungen in markanter Weise darbieten, mehr oder weniger ausgeprägte Symptome der Basedowschen Krankheit nachzuweisen; z. B. leichter Exophthalmus, Stellwagsches und Graefesches Symptom, Vergrößerung der Schilddrüse, Tremor, Hyperhydrosis, geringe von der Nahrungsaufnahme unabhängige Glykosurie usw.

In einem nicht unbeträchtlichen Teil der Fälle machen die objektiv nachweisbaren Veränderungen der Herztätigkeit keinerlei subjektive Beschwerden. Die Pa-

tienten ahnen nichts von ihrer Herzanomalie und klagen höchstens gelegentlich über Herzklopfen bei Anstrengungen und Aufregungen, über geringe Atembeklemmungen bei schnellem Gehen und Treppensteigen und über abnorme Sensationen in der Herzgegend, die sie noch dazu meistens auf andere Organe, z. B. Magen, Milz, Interkostalnerven und dergleichen beziehen. Erst wenn die Kranken durch die ärztliche Untersuchung oder durch unvorsichtige ärztliche Aussprüche über das Vorhandensein und die Bedeutung der Störungen aufgeklärt werden, beginnen sie davon Notiz zu nehmen und psychisch und physisch darunter zu leiden. Sie klagen dann z. B. über unausgesetztes Herzklopfen, das sich bei jeder Tätigkeit, besonders aber nachts so heftig äußere, daß sie nicht einschlafen können. Sie fühlen sich zu jeder Bewegung unfähig, liegen unausgesetzt umher, ohne imstande zu sein, eine Handreichung auszuführen oder sogar zu lesen. Sie fürchten unheilbar herzleidend zu sein oder erwarten in ängstlicher Spannung jeden Moment das Eintreten eines Herzschlages oder eines Schlaganfalles. Schließlich beobachten sie unausgesetzt ihren Puls, zählen und registrieren jeden Pulsschlag und empfinden jede Extrasystole als eine Revolution, die in ihrem Körper vor sich geht und die einen momentanen Stillstand des Lebens, einen vorübergehenden Schwindel- oder Erstickungsanfall mit sich bringt.

Diesen qualvollen Zuständen gegenüber ist es die vornehmste Pflicht des Arztes, prophylaktisch auf der Hut zu sein. Man vermeide es peinlich sorgfältig, die Aufmerksamkeit der Hysterischen auf ihre Herztätigkeit zu lenken und suche ihnen, falls sie über Störungen klagen, von vornherein die Harmlosigkeit und die vorübergehende, nervöse Natur dieser Beschwerden klarzulegen. Leider sah ich nicht selten Fälle, in denen von anderer Seite hysterische Patienten schwer geängstigt und geschädigt wurden, dadurch, daß die nervöse Natur des Leidens ärztlicherseits verkannt und eine organische

Myokarditis, ein Herzklappenfehler usf. dem Patienten ins Gesicht diagnostiziert worden war. Auch jahrelange vergebliche therapeutische Versuche mit Digitalis, Strophantus usw. habe ich an derartigen Patienten erlebt.

Die suggestive Behandlung der hysterischen Herzbeschwerden ergibt trotz der schweren psychischen Alterationen, die damit verbunden sein können, eine relativ günstige Prognose. Die hypnotische Behandlung als solche, auch wenn es sich keineswegs um somnambule Hypnosen handelt, pflegt schon günstig auf die Patienten einzuwirken. Dazu kommt die seelische Beruhigung, die sie erfahren, wenn man ihnen mit voller Bestimmtheit und Autorität die Versicherung geben kann, daß es sich bei ihnen nicht um ein organisches Leiden, sondern lediglich um eine funktionelle Veränderung der Herztätigkeit und der nervösen Regulation der Herzarbeit handelt, und daß die entgegengesetzte Meinung aus früheren Untersuchungen irrtümlich sei und auf der weitverbreiteten Unbekanntschaft mit nervösen Krankheiten beruhe. Endlich wird man, wenn diese Einwirkungen nicht ausreichen, nicht darum herumkommen, in die Details der subjektiven Beobachtungen der Herztätigkeit seitens der Kranken einzudringen und hieran die nötigen Korrekturen anzubringen. Man wird nachweisen müssen, daß bei gesteigerter Aufmerksamkeit, besonders aber beim Liegen und bei Fortfall äußerer Reize, wie z. B. nachts, jeder Mensch seine Herztätigkeit empfindet, daß also die Empfindung des Herzklopfens an sich noch durchaus keine krankhafte Veränderung der Herztätigkeit anzeigt. Man wird die Kranken veranlassen, von der steten Beobachtung des Pulsschlages und der Extrasystolen abzustehen. Man wird ihnen klarmachen, daß die Empfindung der Extrasystolen an sich keinerlei unangenehme Bewußtseinserscheinungen auszulösen brauchte, wenn eben nicht die Angst des Herzstillstandes, die Vorstellung der Erstickung, des Schlaganfalles, des plötzlichen Todes dazu käme, um eine schwere seelische Erschütterung und ihrer-

seits rückwirkend wiederum eine nervöse Beschleunigung und Veränderung des Herzschlages herbeizuführen. Man wird endlich zeigen können, daß durch ein zweckmäßiges Verhalten, besonders durch Vermeidung von Aufregungen und Ängstigungen jeder Art die nervösen Störungen der Herztätigkeit zum Verschwinden gebracht werden können, und, daß deshalb ein Abweisen jeder Beschäftigung, jeder Zerstreuung, jeder Teilnahme am Leben durchaus unangebracht und ungerechtfertigt sei. Unter einer derartigen Suggestivbehandlung habe ich die schwersten subjektiven Störungen der Herztätigkeit der Hysterischen dauernd verschwinden, in anderen Fällen nur gelegentlich größerer Aufregungen in abgeschwächtem Maße wieder auftreten sehen. Auch die objektive Untersuchung der Herztätigkeit ergab dabei meist eine Besserung, insofern die Pulsbeschleunigung nachließ und auch die Irregularität und die Intermissionen des Pulsschlages fast völlig verschwanden. Wie erheblich die Wirkungen sind, die die Suggestivtherapie in dieser Beziehung hervorzubringen vermag, dafür möge ein Beispiel aus meiner Erfahrung Zeugnis ablegen. Eine ältere Hysterika meiner Klientel, die an nervösen Herzbeschwerden litt, wurde eines Tages zu mir gefahren, weil sie fürchtete, einen Schlaganfall zu erleiden. Sie wurde in völlig aufgelöstem Zustande, mit bleichem Antlitz, wirren Haaren und nachlässiger Kleidung zu mir hereingeschafft; der Puls zeigte 144 Schläge in der Minute und war außerordentlich klein und elend. Nach zehn Minuten suggestiver Einwirkung verließ die Patientin das Sprechzimmer mit einem bedeutend kräftigeren Pulse von 104 Schlägen pro Minute und in gehobener Stimmung, ohne daß ich einen anderen als einen ganz leichten, pseudohypnotischen Zustand bei ihr hätte erzielen können.

12. Die traumatischen Neurosen.

Im Gefolge leichter oder schwerer Unfälle, insbesondere wenn sie mit Kopfverletzungen, Erschütte-

rungen des Gehirns oder Rückenmarkes oder Schreckeinwirkungen einhergehen, stellen sich bekanntlich sehr häufig nervöse Störungen ein, die in ihrem klinischen Verhalten der Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und Melancholie äußerst ähnlich erscheinen. Indessen erstreckt sich diese Ähnlichkeit leider nicht auf die Prognose dieser Erkrankungen, die ceteris paribus bei den traumatischen Neurosen ungleich schlechter ist als bei den nicht traumatisch bedingten funktionellen Nervenkrankheiten. Sicherlich ist für einen nicht geringen Teil der Fälle die Schuld an der Hartnäckigkeit der Störungen in den Schadenersatz- und Rentenansprüchen zu suchen, die die moderne Gesetzgebung den Unfallkranken zugebilligt hat. Doch gibt es zweifellos auch Unfallkranke, bei denen keinerlei Rentenansprüche in Betracht kommen, und die dennoch die gleichen hypochondrischen usw. Veränderungen ihres Charakters aufweisen. Jedenfalls, gleichviel ob mit oder ohne Rentenansprüche, habe ich die Prognose der Unfallsneurosen, sofern diese nicht bereits nach kurzem Bestande die Tendenz zur spontanen Rückbildung aufwiesen, auch bei sorgsamster suggestivtherapeutischer Behandlung fast stets schlecht gefunden, da es meist nicht gelang, die Stimmung der Patienten dauernd zu beeinflussen, ihren Hang zu autosuggestiven hypochondrischen Ideen zu bekämpfen und ihre gesunkene Arbeitsfähigkeit und Arbeitslust zu heben. Vielleicht ist der Grund dieser Tatsache, die übrigens von anderen Autoren, z. B. Bernheim, bestritten wird, darin zu suchen, daß das Wesen der Unfallsneurosen doch wohl nicht, wie Moeli, Charcot u. a. im Anfange geneigt waren anzunehmen, ein vorzugsweise psychisches ist, sondern daß den funktionellen Störungen in diesen Fällen mehr oder minder ausgeprägte organische Veränderungen, Blutungen, feinere Zellen- und Strukturveränderungen usw. zugrunde liegen, wie die meisten heutigen Autoren mit Oppenheim, Strümpell und Bruns annehmen. Nur in den Fällen habe ich günstigere Erfolge von der sug-

gestiven Behandlung gesehen, in denen das Trauma sich zu einer bereits bestehenden Hysterie hinzugesellte. Auch Max Hirsch betont übrigens die schwere Hypnotisierbarkeit der Unfallkranken. Für einen Teil der Fälle liegt dies, wie erwähnt, sicherlich auch an dem Mangel des guten Willens, der nun einmal zu einer erfolgreichen hypnotisch-suggestiven Behandlung eine conditio sine qua non ist.

Eine besondere Bedeutung hat die Frage der traumatischen Neurose im jetzigen Kriege erlangt. Gehören doch die traumatischen Neurosen in Gestalt der Zitterer, der Aphonischen, der motorischen Paresen und Paralysen, sowie überhaupt der Kriegshysterischen und -neurasthenischen zu den geläufigeren Bildern der Kriegsbeschädigten. Zum Teil werden diese Erkrankungen offenbar durch physische Gewalteinwirkungen hervorgebracht, wie z. B. Verschüttungen, Luftdruckeinwirkungen infolge von Granat-, Minen- und Bombenexplosionen, Erschütterungen durch Fallen und Abstürzen, physische Chokeinwirkungen gelegentlich von Schußverletzungen, Gaseinatmungen und dergl. mehr. Zum Teil aber auch durch psychische Einflüsse, Schreck, Angst, speziell Frontangst und Begehrungsvorstellungen. Was zunächst die Zahl dieser Erkrankungen anbelangt, so erscheint sie, verglichen mit dem ungeheuren Geschehen des Weltkrieges, immerhin relativ klein, da sie nur einen geringen Bruchteil der körperlichen Kriegsverletzungen darstellt. Die Frage, ob die oben aufgezählten Einwirkungen allein schon geeignet sind, auch bei einem vorher völlig Gesunden und Widerstandsfähigen ein solches Krankheitsbild auszulösen, wird von fast allen Autoren bejaht. Ich möchte mich auf Grund eigener Kriegserfahrungen Boettiger anschließen, der kriegshysterische Erscheinungen fast nur bei Belasteten, Disponierten usw. sah. Im letzten Grunde hängt diese Divergenz der Anschauungen damit zusammen, daß der Begriff der Hysterie von den meisten modernen Autoren sehr allgemein gefaßt wird und daß die latenten Dispositionen zu wenig Berücksichtigung finden.

Eine ähnliche Differenz zeigt sich bei der Frage, ob die den Kriegsneurosen zugrunde liegenden Störungen rein psychischer Natur sind oder ob dabei materielle Veränderungen der Nervenstruktur usw. in Betracht kommen. Über diesen Punkt haben ausgedehnte und aufgeregte Diskussionen unter den modernen Neurologen stattgefunden. Während Oppenheim auf Grund seiner Friedenserfahrungen mit Recht den Standpunkt festhält, daß neben den psychischen Faktoren, die keineswegs zu unterschätzen sind, für die echten und schweren Fälle der traumatischen Neurosen doch auch physische, organische Veränderungen feinster Art in Betracht gezogen werden müssen, haben Lewandowsky, Naegeli und zahlreiche andere mit großer Energie den Standpunkt vertreten, daß die einzige Wurzel der traumatischen Neurosen eine psychische Veränderung, die positiven oder negativen Begehrungsvorstellungen seien. Zu dieser schroffen Auffassung haben nicht unwesentlich die Heilerfolge beigetragen, die diese Autoren bei der hypnotisch-suggestiven Behandlung der Kriegshysterischen erzielt haben und die nach ihnen die stattliche Höhe von 100% erreichen. Ich möchte auch dieser so überaus erfreulichen Tatsache gegenüber den etwas vorsichtigeren und kritischeren Standpuukt Oppenheims wahren. Aus drei Gründen: 1. ist die Zahl der Heilungen um so weniger stattlich, je mehr die Erfahrung der einzelnen Therapeuten zunimmt. Jeder, der beginnt, sich mit der Hypnotherapie zu beschäftigen, ist im Anfange erfreut und begeistert über die zahlreichen Heilerfolge, die ihm in den Schoß fallen. Mit zunehmender Erfahrung erleidet diese Begeisterung aber ausnahmslos eine merkliche Einbuße, wie die Friedenserfahrungen schon bei v. Krafft-Ebing u. v. a., die Kriegserfahrungen z. B. bei Nonne gezeigt haben. — 2. Ist die Heilung in der Regel überhaupt keine Heilung im strengeren Sinne des Wortes, sondern eine relative Unterdrückung der Symptome. Unter der Heilung eines Soldaten verstehe ich als Militärarzt

lediglich die Herstellung des gleichen Grades der Kriegsverwendbarkeit, der vor der Schädigung bestanden hat. Dagegen geben alle Autoren, die sich zu diesem Thema geäußert haben, unumwunden zu, daß es ihnen nur bei einem verschwindend kleinen Teil der Fälle von Kriegshysterie gelungen sei, eine völlige und dauernde Kriegsverwendbarkeit wieder zu erzielen. Die meisten Fälle werden zwar ohne Versorgung und als vollerwerbsfähig für ihren Beruf, aber für das Heer kriegsunbrauchbar entlassen. Nimmt man mit Lewandowsky, Kaufmann und zahlreichen anderen Autoren an, daß die negativen Begehrungsvorstellungen, d. i. die Kriegsangst, die wesentlichste Wurzel der Kriegshysterie bildet, so wird man zwar anerkennen müssen, daß die Art der Entlassung der Kriegshysterischen eine ätiologische Therapie darstellt: für das kämpfende Heer aber sieht der Erfolg dieser Behandlung einem absoluten Mißerfolge verzweifelt ähnlich. Dazu kommt 3. die Frage der Simulation, die mit der Frage der ätiologischen Bedeutung der negativen Begehrungsvorstellungen in engem Zusammenhange steht. Es ist mir, der ich bei Niederschrift dieser Zeilen seit 3½ Jahren im Felde stehe, nicht recht begreiflich, wie über das Vorkommen einer Simulation im Felde ernsthaft gestritten werden kann. Auch ich gebe zwar zu, daß die grobe und bewußte Simulation zwar ein recht seltenes Vorkommnis ist — ich fand unter vielen Tausenden von Soldaten, die ich im Felde zu untersuchen Gelegenheit hatte, schätzungsweise kaum 3‰ nachweisbare Simulanten, während Übertreibungen vorhandener Störungen etwas häufiger vorkommen —; aber leugnen kann dieses Faktum nur, wer auf dem Standpunkt steht, daß ein Millionenheer wie das unserige nur aus lauter Engeln und Helden besteht. Daß es den konsequenten Simulanten im Heere fast stets gelingt, ihr Ziel zu erreichen und aus der Front fortzukommen, liegt in der Natur der Sache, zumal dem kämpfenden Heere mit derartigen Elementen nicht gedient ist. Aber es

beweist nichts für die Güte einer „Heilmethode“ oder für die Berechtigung einer fälschlich verallgemeinerten Theorie.

Was die Methode des therapeutischen Vorgehens bei den traumatischen Neurosen des Krieges anbelangt, so habe ich keinen Anlaß gehabt, in dieser Richtung meinen Standpunkt vor dem Kriege zu ändern. Höchstens in bezug auf das Tempo des Vorgehens und die Anwendung der Autoritätswirkungen kommt bei Soldaten im allgemeinen ein etwas schärferes Zufassen in Betracht als im Frieden. Großes Aufsehen erregte im zweiten Kriegsjahre eine Veröffentlichung von Kaufmann, der die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung empfahl. Auf Grund eines Verfahrens, das er schon 1903 als Assistent der Erbschen Klinik mit Erfolg geübt hatte, empfiehlt Kaufmann eine Überrumpelungsmethode nach folgenden Grundsätzen: 1. suggestive Vorbereitung; 2. Anwendung kräftiger Wechselströme (2—5 Minuten Elektrisieren mit schmerzhaften Strömen, dann Übungen, dann wieder Elektrisieren usf.) unter Zuhilfenahme von reichlichen Wortsuggestionen; 3. strenges Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform; 4. unbeirrbare konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung. Eine Modifikation dieser Methode hat Rothmann empfohlen, in Form einer kurzdauernden Narkose mit Kochsalzinjektionen. Indessen besteht unter allen Autoren, die diese Methode nachgeprüft und zum größten Teile bestätigt haben, Einigkeit darüber, daß für ihre Anwendung eine sehr strenge und vorsichtige Indikationsstellung notwendig ist, daß die Persönlichkeit des Arztes dabei eine Hauptrolle spielt und daß dem meist glänzenden therapeutischen Erfolg für den Patienten ein absoluter militärischer Mißerfolg gegenübersteht.

13. Die Tics.

Ich habe Tics des N. facialis, des N. accessorius und allgemeine hysterische Ticzustände suggestivtherapeutisch behandelt, ohne über sonderliche Erfolge berichten zu können. Meine Erfahrungen bezüglich der suggestiven Behandlung des Tic douloureux habe ich bereits oben (S. 148) mitgeteilt.

Den Fazialis-tic habe ich nur gelegentlich bei hysterischen Individuen und auch da nur vorübergehend günstig beeinflussen können. Ich verwandte dabei — neben entsprechenden Suggestionen, die sich auch auf das willkürliche Verzerren des Gesichts und das Reiben der Augen usw. erstreckten — meist das von Word angegebene Verfahren, das im Auflegen der Hand auf die erkrankte Gesichtsseite während der Hypnose besteht.

Den echten Akzessorius-tic habe ich, abgesehen von ganz leichten Fällen, die auch sonst in kurzer Zeit ausheilen, trotz lange ausgedehnter Suggestivbehandlung, stets unverändert fortbestehen sehen. Erst seit der Einführung des Morphosan-Euskopol-Narkosegemisches, in Verbindung mit den bereits erwähnten Ruheübungen, hat sich die Prognose dieser überaus tristen Fälle günstiger gestaltet. Dagegen habe ich bei hysterischen Patienten, die an spastischen Zuckungen der Hals- und Nackenmuskulatur litten, eine ganze Reihe von Besserungen gesehen. Die Methode des Vorgehens muß hier meines Erachtens zunächst in einer verlängerten, 1—2 Stunden langen Hypnose oder leichten Narkosehypnose bestehen, in der die Patienten angehalten werden, den unterstützten Kopf möglichst locker und ruhig zu halten. Sodann müssen die Patienten lernen, ihre Muskeln vollkommen erschlaffen zu lassen und sie längere Zeit in dieser Ruhestellung zu erhalten, was ihnen gewöhnlich auch bei den nicht spastisch erkrankten Muskelgruppen schwer gelingt. Endlich werden leichte Bewegungen auszuführen sein, bei denen es auf die Langsamkeit und Stetigkeit der Bewegung, sowie auf das Vermeiden unzweckmäßiger und über

das erforderliche Minimalmaß hinausgehender Spannungen ankommt. Es versteht sich von selbst, daß daneben die allgemeine psychische Beeinflussung zwecks Entfernung autosuggestiver Hemmungen usw. nicht vernachlässigt werden darf.

Bei den hysterischen Myoklonien, die sich auf einzelne Glieder oder auf die gesamte willkürliche Körpermuskulatur erstrecken, gelingt es wohl zumeist, in mehr oder minder langer Zeit Besserungen zu erzielen. Indessen sind diese Fälle, sobald sie einmal längere Zeit bestehen, zu den mühsamsten und schwierigsten Objekten der Suggestivtherapie zu zählen. Besondere Beachtung verdient, daß ein Teil dieser Fälle eine bestimmt nachweisbare psychische Ätiologie zeigt, durch deren Berücksichtigung manchmal ein prompter Erfolg zustande kommt. Auch die Dauerhypnose Wetterstrands kommt in solchen Fällen in Betracht, vorausgesetzt, daß eine tiefe, normale Somnambulhypnose zu erzielen ist.

In manchen Fällen hysterischer Muskelanomalien zeigt sich bei genauer Analyse als wahre Ursache der spastischen Zuckungen und Koordinationsstörungen eine Herabsetzung der kinästhetischen Empfindungen, die sowohl psychisch als auch physisch bedingt sein kann. Bei dieser Sachlage ist es erforderlich, Übungen zu veranstalten, in denen durch Konzentration der Aufmerksamkeit auf die Bewegungsempfindungen, z. B. durch Übungen mit geschlossenen Augen, sowie andererseits durch Erleichterung der optischen Bewegungskontrolle, z. B. durch Übungen vor dem Spiegel, geeignete Zeichenübungen und dergleichen die Bewegungsempfindungen allmählich wieder verstärkt werden.

14. Die Hypochondrie.

In Betracht kommt nicht die echte Hypochondrie, die als eine Geisteskrankheit paranoischen Charakters aufzufassen ist, sondern die hypochondrischen Formen der Neurasthenie und Hysterie.

Die Prognose der hypochondrischen Neurasthenie ist auch bei suggestiver Behandlung nicht sehr günstig, wenn es sich um veraltete Fälle handelt. Immerhin ist der Versuch einer psychischen Einwirkung in jedem Falle angezeigt. In den meisten Fällen dürfte es sich um eine Hypochondria cum materia handeln, die sich an leichte, an und für sich harmlose Störungen irgend welcher Organfunktionen anschließt. Es kommt dabei zu einer Kette von Autosuggestionen, die sich auf eine angebliche Gefahr der betreffenden Beschwerden beziehen, zu einer dauernden Gemütsdepression und zu einer mehr oder minder erheblichen Störung der Lebenshaltung. Der Gegenstand der hypochondrischen Vorstellungen variiert bei den verschiedenen Kranken, pflegt aber bei demselben Kranken mehr oder weniger konstant zu sein. Häufig zeigt sich die hypochondrische Störung auf dem Gebiete der Magen-Darmfunktionen. Der Kranke untersucht dann ängstlich, welche Speisen ihm bekommen, welche ihm Beschwerden, Magendrücken, Aufstoßen, Sodbrennen usw. verursachen könnten. Oder er fühlt sich durch die Beschaffenheit seines Stuhlganges beunruhigt, den er Tag für Tag einer genauen Besichtigung unterzieht, um etwaige krankhafte Erscheinungen zu eruieren. Dazu gesellt sich die sc. unbegründete Befürchtung eines organischen Leidens, etwa eines schweren Magenkatarrhs mit exzessiver Azidität des Magensaftes und dauernder Verschleimung des Magens, die der Kranke deutlich zu empfinden behauptet; oder aber einer angeblichen Magenerweiterung, die die Verdauung des Speisebreies beeinträchtigt, oder endlich häufig eines Magen-, Leber-, Darmkrebses. Selbstverständlich leiden hierunter die Ernährung und das Aussehen des Patienten, da er aus Furcht die meisten Nahrungsmittel perhorresziert. In anderen Fällen dreht sich der hypochondrische Ideenkreis um die Blasenfunktionen. Der Kranke fürchtet rückenmark- oder nierenleidend zu sein, weil der Blasendrang bei ihm sich etwas häufiger einstellt als früher oder auch häufiger als

bei mehreren seiner Bekannten, die er täglich danach fragt; oder weil sein Urin bei längerem Stehen eine Dunstwolke zeigt, die sich am Boden des Gefäßes als Trübung niedersetzt und dergleichen mehr. Auch eine Hemmung der Blasenfunktion, die es dem Kranken unmöglich macht, in Gegenwart anderer oder bei Aufregungen usf. zu urinieren, wird bei diesen Zuständen oft beobachtet. Bekannt sind ferner die Syphilophobie, die Tabephobie und die Furcht vor Geisteskrankheiten, speziell vor der Gehirnerweichung. Der Syphilophobe macht nach jedem Koitus eine sechs Wochen lange Qual durch, in der Furcht, infiziert worden zu sein. Der Tabophobe läßt sich alle vier Wochen ärztlich untersuchen, um festzustellen, ob seine Kniephänomene noch vorhanden sind und die Pupillen noch auf Lichteinfall reagieren. Die Furcht vor Geisteskrankheiten beunruhigt den Patienten bei jeder Erinnerungsschwäche, bei jedem Rede- oder Schreibfehler, bei der Zeitungslektüre usf. Auch die Gonorrhöe führt nicht selten zu hypochondrischen Zuständen, insofern der Patient nach monatelangem Bougieren usw. dauernde Parästhesien der Urethralschleimhaut zurückbehält und nunmehr jede abnorme Empfindung beim Urinieren und beim Geschlechtsverkehr, jeden mühsam ausgepreßten Schleimtropfen und jeden sorgsam registrierten Tripperfaden auf eine Striktur der Harnröhre oder auf ein Fortbestehen der gonorrhoischen Erkrankung bezieht. Auch andere sexuelle Anomalien können Anlaß zu hypochondrischen Störungen geben, z. B. Pollutionen, Spermatorrhoe und ähnliches mehr; über die Masturbation und die psychische Impotenz soll in den nächsten Abschnitten weiteres beigebracht werden. Eine sehr häufige Form der Hypochondrie ist diejenige, die sich nicht nur auf die eigene Gesundheit, sondern auch auf diejenige der Angehörigen bezieht. Jeder geringste Luftzug, jede leiseste Infektionsmöglichkeit, jeder noch so nichtige Anlaß gibt den betreffenden Kranken Gelegenheit, in maßlos übertriebener Weise um das Leben der Eltern, Ge-

schwister, Kinder zu zittern und in einen Zustand komplettester Verzweiflung zu geraten. Welche ätiologische Rolle die medizinische Halbbildung bei der Entstehung derartiger hypochondrischer Gemütsverfassungen spielt, habe ich gelegentlich an anderer Stelle auseinandergesetzt (cf. L. Hirschlaff: Zur Gesundheitspflege des Nervensystems. Ztschr. f. pädag. Psychol., Pathol. u. Hygiene, Bd. V., S. 298—322. 1903). Charakteristisch ist das häufige Vorkommen der Hypochondrie in ihren mannigfachen Erscheinungsformen bei Lehrern und Beamten, von denen die ersten durch ihren Beruf vielfach mit medizinischen Dingen in Berührung kommen, die sich ihnen zu einem eigenen System medizinischen Aberglaubens auszugestalten pflegen; während die zweite Kategorie offenbar durch Einflüsse der sitzenden Lebensweise, die sie zu „Staats-Hämorrhoidariern" stempelt, zu der gleichen Verfassung geführt wird.

Die suggestive Therapie dieser Krankheitszustände basiert auf zwei Momenten: auf der Korrektur der Selbstbeobachtung der Patienten und auf der Verbesserung ihrer Stimmung. Es ist grundfalsch, den hypochondrischen Kranken die Selbstbeobachtung verbieten zu wollen; man wird dieses Ziel nie erreichen. Es ist vielmehr notwendig, ihnen ein Verständnis für das Wesen der Selbstbeobachtung und eine kritische Würdigung der aus ihr gewonnenen Resultate beizubringen. Es ist darauf hinzuweisen, daß das Wesen der Beobachtung — wie ich dies an anderer Stelle genauer auseinandergesetzt habe (cf. L. Hirschlaff: Das Wesen der Beobachtung und Selbstbeobachtung. Diss. Berlin. 1896) — aus zwei Faktoren sich zusammensetzt: aus einer Sinneswahrnehmung und aus einem Urteilselement. Nur die Sinneswahrnehmungen, die unseren Beobachtungen zugrunde liegen, haben begründeten Anspruch auf jene Evidenz, die man im allgemeinen dem Vorgange der Beobachtung und Selbstbeobachtung zuzuschreiben gewohnt ist. Dagegen sind die Urteile, die in jede Beobachtung eingehen und die sich auf

das Verhältnis der wahrgenommenen Erscheinungen zu früheren Wahrnehmungen und Erinnerungen, sowie auf den Kausalzusammenhang der Phänomene beziehen, keineswegs evident, sondern sie bedürfen für jeden einzelnen Fall der besonderen kritischen Prüfung und des logischen oder empirischen Beweises. Die Wahrnehmungen also, die der Hypochonder an seinem Körper macht, können und werden häufig durchaus zuverlässig und keineswegs „eingebildet" sein. Die Urteile und Schlüsse dagegen, die er aus diesen Wahrnehmungen zieht, die Deutungen, die er daran knüpft, die Befürchtungen, die er darauf aufbaut, bedürfen durchaus der besonnenen Kritik, der es meist gelingt, sie als maßlos übertrieben und den Tatsachen inkongruent oder inadäquat nachzuweisen. Anstatt also den Hypochondern die Selbstbeobachtung zu verbieten, soll man sie veranlassen, ihr Urteil und ihre Kritik der Dinge zu korrigieren und zu schärfen. Besonderes Gewicht ist dabei auf den Nachweis zu legen, daß Kausalzusammenhänge überhaupt niemals im strengeren Sinne des Wortes beobachtet, i. e. wahrgenommen werden können, sondern daß sie stets auf Urteilen und Schlüssen beruhen und daher an sich jeder immanenten Evidenz entbehren. Diese Erkenntnis führt leicht zu der Folgerung, daß zur exakten Beurteilung der vorhandenen Beschwerden eben nicht die laienhafte Selbstbeobachtung und „Erfahrung" trotz deren unzweifelhaft stärkerer Gefühlsbetonung gehört, sondern vielmehr ein geschultes medizinisches Wissen und eine umfangreiche naturwissenschaftliche Bildung, die sich nur durch das ärztliche Studium erreichen läßt.

Das zweite Moment, das bei der suggestiven Bekämpfung der hypochondrischen Vorstellungen wesentlich in Betracht kommt, ist die Stimmung des Kranken. Der Hypochonder ist kleinmütig und pessimistisch, skeptisch und unfähig, jemandem dauernd zu vertrauen, er verzweifelt an sich und der Welt. Hierin liegt wohl die Hartnäckigkeit und in manchen Fällen leider auch

die Aussichtslosigkeit des Leidens. Welche suggestiven Maßnahmen zu treffen sind, um die Stimmung des Patienten zu beeinflussen, haben wir bereits oben gesehen. Man wird freilich zu diesen Vorschriften noch mancherlei zu Hilfe nehmen müssen. Man wird versuchen, den Patienten zu einer anregenden, ihn geistig interessierenden Beschäftigung zu animieren, um dadurch sein Selbstvertrauen zu heben und ihn von seinen krankhaften Gedanken abzuziehen. Man wird seine Weltanschauung korrigieren, seine Vorstellung vom Zweck und Glück des Lebens und von den Pflichten des Daseins mit ihm diskutieren müssen und dergleichen mehr. Indessen würde es zu weit führen, diese Dinge, die zur Aufgabe der speziellen Psychotherapie gehören, hier eingehender zu erörtern.

Die Hysterohypochondrie, deren Erscheinungen im ganzen den geschilderten Symptomen der hypochondrischen Neurasthenie ähnlich sind, nur daß die autosuggestiven Hemmungen, die im Gefolge der hypochondrischen Ideen auftreten, ungleich größere Intensität zeigen, gibt immerhin eine günstigere Prognose, wenn auch somnambulhypnotische Zustände in der Regel nicht die Therapie erleichtern. Jedoch wird man auch hier mit der Erzielung symptomatischer und vorübergehender Besserungen vorlieb nehmen müssen, da Rezidive selten auszubleiben pflegen. Die im Klimakterium auftretenden hysterohypochondrischen Zustände zeichnen sich durch eine besondere Hartnäckigkeit aus. Sie bilden Grenzübergänge zu den klimakterischen Psychosen.

15. Die krankhaften Neigungen.

In diesem Abschnitte möchte ich die Onanie, den Alkoholismus, Morphinismus und Nikotinismus einer näheren Besprechung unterziehen. Die krankhaften Neigungen der Kinder sollen einem besonderen Abschnitte vorbehalten bleiben.

Bei der Onanie der jungen Leute sind es zwei Aufgaben, die der suggestivtherapeutischen Behandlung

zufallen: einmal die Bekämpfung des Hanges zum Onanieren selbst, sodann aber die hypochondrischen Verstimmungen, Selbstvorwürfe und Angstvorstellungen, die sich außerordentlich häufig bei den Onanisten als physische und psychische Folgezustände ihres Leidens vorfinden. Bei der Bekämpfung des Hanges an sich wird man durch genaue Analyse unterscheiden müssen, ob der physische Reiz der Samenansammlung, der sich in lokalen Spannungs- und Erregungsempfindungen in den Geschlechtsteilen äußert, oder vielmehr der psychische Reiz sinnlicher Vorstellungen vorzugsweise das Auftreten des onanistischen Triebes hervorruft. Im ersten Falle wird man auf eine Reihe physischer Einwirkungen, z. B. Diät- und Badevorschriften, körperliche Übungen und beruhigende Medikamente, nicht verziehten können. In beiden Fällen aber muß die Psyche des Kranken in dem Sinne beeinflußt werden, daß der sexuelle Reiz, der bisher im Vordergrunde des Interesses gestanden, allmählich seines Nimbus, seiner zentralen Stellung, seiner übermäßigen Gefühlsbetonung entkleidet und in seiner Intensität vermindert wird. Daneben müssen die Selbstvorwürfe des Patienten gemildert, seine Energie und Widerstandskraft erhöht, seine depressive Stimmung bekämpft werden. Nimmt man außer diesen Suggestionen, für deren Realisation erfahrungsgemäß schon die leichteste Hypnose einen geeigneten Boden schafft, psychotherapeutische Einwirkungen zu Hilfe, deren genauere Schilderung hier zu weit führen würde, so werden die Erfolge in der Regel günstige und dauernde sein. Es ist mir bei einer großen Zahl von Onanisten gelungen, in 4—6 Wochen eine komplette Heilung des Leidens auf hypnotischem Wege zu erzielen. Dabei bin ich mir aber keinen Augenblick darüber im Zweifel gewesen, daß die Wirkung der diesbezüglichen Suggestionen, wie in so vielen anderen Fällen, so auch hier nur eine indirekte ist. Der Kranke hört nicht auf zu onanieren, weil ihm etwa ein hypnotisches Verbot des Onanierens die Ausführung dieses Triebes

unmöglich machte, oder weil der vorher dagegen ohnmächtige Wille nunmehr durch die Macht der Suggestion stark und siegreich geworden wäre, sondern weil sein Wunsch, von diesem deprimierenden Leiden befreit zu sein, durch die regelmäßige Aussprache mit einem fremden, wohlmeinenden Berater und durch die ärztlichen Ermahnungen und Belehrungen einen stärkeren Rückhalt gewinnt. Damit soll allerdings keineswegs gesagt sein, daß man unter allen Umständen dem Patienten gegenüber darauf verzichten soll, ihm die Stärkung seines Willens durch die bloße Autorität und Willenskraft des Hypnotiseurs oder irgend welche anderen geheimnisvollen Einwirkungen der Hypnose zu suggerieren, deren Mechanismus man in ein absichtliches Dunkel hüllt. Gerade zur Beseitigung derartiger krankhafter Neigungen ist eine kleine Täuschung des Patienten über den wahren Weg des Zustandekommens der Heilung, wenigstens bei ungebildeten Personen, gelegentlich nützlich und notwendig.

Der Alkoholismus gehört zu den dankbarsten Objekten der Suggestivtherapie, zumal die Realisation der Suggestionen in vielen Fällen durch das Eintreten echter normaler Somnambulhypnosen begünstigt wird. Ich habe eine allerdings kleine Anzahl von Alkoholisten durch eine verhältnismäßig kurze hypnotisch-suggestive Behandlung, die nur wenige Wiederholungen in größeren Zwischenräumen erforderlich machte, der Heilung zuführen können. Die Art der suggestiven Technik, die hier mit Vorteil zur Anwendung gelangt, ist die sogenannte Verekelungsmethode. Man sucht dem Patienten in der Hypnose den Genuß alkoholischer Getränke systematisch zu verleiden, dadurch, daß man ihm einen unangenehmen bitteren Geschmack dieser Flüssigkeiten suggeriert, der zu einer ausgeprägten Übelkeit und Brechneigung führen würde, wenn nicht der Widerwille, den die Kranken schon beim Anblick und Geruch dieser Getränke empfinden würden, den Versuch ihrer Aufnahme unmöglich machen würde. Auch die gesellschaftliche

Achtung, die berufliche Schädigung, die gesundheitlichen Gefahren des übermäßigen Trinkens können mit Erfolg zur Grundlage suggestiver Ermahnungen gemacht werden. Dabei ist es nicht einmal stets erforderlich, den Patienten völlige und dauernde Abstinenz aufzuerlegen, was ja bei jeder anderen Behandlungsmethode des Potatoriums mit Recht als absolute Regel gilt. Man wird vielmehr, tiefe Hypnosen vorausgesetzt, kleine Quantitäten alkoholischer Getränke gestatten dürfen, ohne den Heilerfolg in Frage zu stellen. Dabei unterschreibe ich ganz die Forderung Ringiers, die hypnotische Behandlung derartiger Kranker nicht zu schnell abzubrechen, um Rezidive hintanzuhalten, sondern sie vielmehr auf sehr lange Zeit auszudehnen. Jedoch genügt nach meiner Erfahrung zu diesem Zwecke die einmalige Wiederholung der bezüglichen hypnotisch-suggestiven Einwirkungen in Zwischenräumen von einem Viertel- bis halben Jahre, um die Dauer des Erfolges zu sichern.

Auch gegen die Morphiumsucht ist die hypnotische Suggestion angewandt worden. Bernheim berichtet, daß er in leichten Fällen von Morphinismus die Entziehungskur auf hypnotisch-suggestivem Wege habe durchführen können, freilich nicht ohne daß erhebliche Abstinenzerscheinungen zutage traten. Wetterstrand gibt an, von 14 behandelten Fällen 11 geheilt zu haben, einige Male unter Anwendung der prolongierten Hypnose; er bezeichnet seine Resultate als „eine Revolution in der Behandlung des Morphinismus“. Max Hirsch endlich behauptet, daß gerade gegen die Abstinenzerscheinungen die Anwendung der hypnotischen Suggestion angezeigt sei, da es ihm in einem Falle gelang, die nach einer Entziehung in einer Anstalt zurückgebliebenen Abstinenzerscheinungen innerhalb acht Tagen bei ambulanter Behandlung vollständig zu heben. Ich selbst verfüge nur über wenige Beobachtungen, in denen ich den Versuch gemacht habe, die Suggestivtherapie zur Durchführung einer Morphiumentziehungskur zu benutzen. Die Resul-

tate dieser Versuche sind keineswegs geeignet, die enthusiastische Auffassung der angeführten Autoren zu bestätigen. Ich fand, daß es bei Anwendung der Suggestivtherapie allerdings mit leichter Mühe gelingt, im Anfange der Entziehungskur die vorher gebrauchte Morphiumdosis erheblich herabzusetzen, ohne daß nennenswerte Abstinenzerscheinungen auftreten. Wer indessen mit der Klinik des chronischen Morphinismus vertraut ist, wird wissen, daß dies ebensogut auch ohne Suggestivtherapie gelingt, da die eigentlichen Abstinenzerscheinungen erst beginnen, wenn der Kranke das zu seinem Morphiumgleichgewicht notwendige Minimum der Dosis erreicht hat. Von dieser Grenze an aber sah ich keinerlei Effekt von suggestiven Maßnahmen; die spezifischen Morphium-Abstinenzerscheinungen sind nach meiner Erfahrung auf suggestivem Wege nicht zu beeinflussen. Auf Grund experimenteller Untersuchungen, deren Ergebnisse ich an anderer Stelle niedergelegt habe, bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß das negative Resultat der suggestiven Behandlung der Abstinenzerscheinungen auf der Tatsache beruht, daß diese Erscheinungen auf rein körperlichem Wege — nämlich im Sinne der Ehrlichschen Seitenkettentheorie — zustande kommen. Daß nach vollendeter Entziehung die Suggestivtherapie eintreten kann, um dem Kranken ein besseres Wohlbefinden und eine erhöhte Widerstandskraft gegenüber neuen Verführungen zu gewährleisten, bedarf keiner besonderen Hervorhebung.

Schließlich soll noch der Mißbrauch des Nikotins erwähnt werden, der den Suggestivtherapeuten vielfach als Gegenstand der Behandlung gedient hat. Es gelingt mit Hilfe der oben skizzierten Verekelungsmethode in der Tat, die Kranken, die sich vorher vergeblich bemüht hatten, sich die Leidenschaft des Rauchens abzugewöhnen, auf hypnotisch-suggestivem Wege davon zu befreien. Man wird dabei dem Kranken den Genuß an der Zigarre oder Zigarette dadurch zu verleiden suchen, daß man ihm

einen unangenehmen Geruch und Geschmack beim Rauchen — etwa nach verbrannten Federn — suggeriert, sowie Kratzen und Brennen im Hals, Räuspern und Übelkeit usf. In vielen Fällen genügt sogar eine einzige Hypnose, um die Abgewöhnung des Rauchens durchzusetzen, da nach kurzer Abstinenz der Trieb zum Rauchen von selbst schwindet.

16. Die psychosexuellen Anomalien.

An erster Stelle soll die psychische Impotenz besprochen werden. In der Genese dieses Leidens figurieren entweder sexuelle Exzesse, sei es beim normalen oder in abnormer Weise ausgeführten Koitus, sei es im Gefolge der Onanie; oder Angst- und Schreckwirkungen, Furcht vor sexuellem Fiasko, besonders bei vorher lange Zeit abstinent lebenden Männern; ferner Folgewirkungen einer Gonorrhöe, Blasen- oder Prostataerkrankung, die zu längerer ärztlicher Behandlung Anlaß gegeben; endlich moralische und ästhetische Vorstellungen, die sich häufig in einer Abhängigkeit des sexuellen Triebes von Personen bestimmter moralischer oder ästhetischer Qualität zeigt. Die klinischen Symptome des Leidens bestehen meist nicht in einem gänzlichen Fehlen der Erektions- und Ejakulationsfähigkeit. Vielmehr handelt es sich entweder um mangelhafte, schnell vorübergehende Erektionen, oder um Erektionen, die nur zur Unzeit und dann sehr kräftig auftreten, im entscheidenden Momente aber völlig ausbleiben; oder aber um eine präzipitierte Ejakulation, um verminderten oder verzögerten Orgasmus und dergleichen mehr. Die Behandlung dieser Störungen mittels der Suggestivtherapie gibt nach meiner Erfahrung fast durchweg gute Resultate. Es kommt darauf an, während einer mehr oder minder langen Abstinenzperiode, die wir dem Kranken auferlegen müssen, sein gesunkenes Selbstvertrauen zu heben, seine sexuelle Anregbarkeit durch geeignete körperliche und psychische Verhaltungsmaßregeln zu erhöhen und seine Angst- und Hemmungs-

vorstellungen zu beseitigen, was gewöhnlich innerhalb 4—6 Wochen in ausreichender Weise gelingt. Bei der oben erwähnten Abhängigkeit des sexuellen Triebes von bestimmten moralischen oder ästhetischen Voraussetzungen, die bei Abwesenheit dieser Bedingungen zu einer völligeu Impotenz führt, ist es notwendig, das Wesen des Geschlechtstriebes näher zu erläutern als eines komplexen Triebes, der seiner Natur nach aus einer physischen und psychischen Komponente sich zusammensetzt. Auf dieser Differenzierung fußend, die uns sogleich noch einmal genauer beschäftigen muß, wird man das Überwiegen und die primäre Funktion der physischen Komponente — i. e. des peripheren Spannungs- und Entladungsvorganges — und die mehr oder minder zufällige Bedingtheit der Richtung der psychischen Komponente — i. e. der Neigung, Zärtlichkeit, Liebe — betonen und suggestiv verwerten müssen.

Aber nicht nur bei den ausgeprägten Formen der psychischen oder nervösen Impotenz, sondern auch bei solchen Störungen der Beischlafsfähigkeit, die zweifellos zum Teil oder völlig körperlichen Ursprungs sind, ist die Suggestivtherapie am Platze. Wir können diese Fälle gegenüber der paralytischen Impotenz der Diabetiker, Tabiker usw. als paretische oder asthenische Impotenz bezeichnen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß mangelhafte oder fehlende Erektionen mit vermindertem oder fehlendem Geschlechtstrieb beobachtet werden, ohne daß irgend welche psychischen Erscheinungen dabei eine wesentliche Rolle spielen. Dabei kann es sich um eine verspätet einsetzende Entwicklung des Geschlechtstriebes oder aber um sogenannte frigide Naturen handeln, die von Hause aus — oder durch Erziehung, Gewohnheit, Beruf — gewohnt waren, dem Geschlechtstriebe wenig Gewicht beizulegen, bis etwa die Ansprüche einer Ehe sie auf die mangelhafte Funktion ihres Geschlechtsapparates aufmerksam machten. Auch in diesen Fällen habe ich suggestiv-therapeutische Erfolge eintreten sehen, wenn

die Behandlung längere Zeit ausgedehnt und durch sorgfältige Einwirkungen physischer Natur unterstützt wurde. Die in diesen Fällen vorhandene psychosexuelle Hypästhesie muß durch suggestive Steigerung der Sinnlichkeit, der ästhetischen und sexuellen Freude am Weibe, durch Anregung der Zärtlichkeit und Aufopferungsfähigkeit usw. planmäßig bekämpft werden.

An zweiter Stelle sollen die sexuellen Perversionen kurz besprochen werden, die in mannigfachen Formen als Fetischismus, Kunnilingus, psychische Hermaphrodisie, Homosexualität, Masochismus, Sadismus usw. zur Beobachtung gelangen. Eine eingehendere klinische Betrachtung dieses Gebietes ist natürlich an dieser Stelle ausgeschlossen; sie findet sich in den bekannten Monographien von v. Krafft-Ebing, Moll, v. Schrenck-Notzing, Eulenburg und Fürbringer. Meine eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiete, die sich auf zirka 100 Fälle stützen, bestätigen im allgemeinen die Auffassung v. Schrenck-Notzings von der günstigen Wirkung der Suggestivtherapie in einem nicht geringen Prozentsatze solcher Erkrankungen. Im Gegensatze zu v. Krafft-Ebing und Moll, die die überwiegende Mehrzahl aller derartigen Fälle für angeboren erachten, stehe ich auf Grund meiner persönlichen Beobachtungen ebenso wie v. Schrenck-Notzing und Bloch auf dem Standpunkte, daß diese Anschauung nur für eine geringe Minderzahl von Fällen in Betracht kommt. Meist lassen sich vielmehr in der Anamnese der Kranken sehr deutlich diejenigen psychischen Momente nachweisen, die zu der krankhaften Perversion des sexuellen Instinktes geführt haben, z. B. Einflüsse der Erziehung und Umgebung, Lektüre, Verführung, Überwuchern der Phantasie, Zwangsvorstellungen, krankhafte Tendenz zum „Ausleben" angeblicher individueller Eigentümlichkeiten und dergleichen mehr. Nimmt man mit Moll an, — und ich halte diese Trennung für den bedeutendsten Fortschritt, der auf dem Gebiete der Erkenntnis der psycho-sexuellen Anomalien

seit v. Krafft-Ebing gemacht worden ist, — daß der normale Geschlechtstrieb des Menschen in einen physischen Anteil, den sogenannten Detumeszenztrieb, und in einen psychischen Anteil, den sogenannten Kontrektationstrieb, zerfällt, so bin ich zu der Annahme geneigt, daß der Detumeszenztrieb zwar eingeboren und vererbt ist, daß dagegen der Kontrektationstrieb mit dem Detumeszenztriebe nur mehr minder locker verknüpft, sekundärer Natur und in seiner Richtung im wesentlichen durch konventionelle Assoziationen und Traditionen bedingt ist. Aus dieser theoretisch hier nicht näher zu begründenden Auffassung würde sich die praktische Folgerung ergeben, daß nur diejenigen Fälle psychosexueller Anomalien als angeboren und demgemäß therapeutisch aussichtslos anzusehen wären, die durch eine nachweisbare Abweichung der körperlichen Konstitution der Sexualorgane ausgezeichnet sind, wie z. B. in den Fällen von Feminismus, echter Hermaphrodisie, mangelhafter Entwicklung der Geschlechtswerkzeuge usf. In allen anderen Fällen dagegen wäre die Aussicht vorhanden, durch suggestiv- bzw. psychotherapeutische Beeinflussung die vorhandenen Störungen zu beseitigen und den Geschlechtstrieb in normale Bahnen zu lenken. Ich kann versichern, daß ich nicht ganz wenige Fälle erlebt habe, in denen ein kompletter Heilerfolg diese theoretische Auffassung bestätigte.

Die Methode des suggestiv-therapeutischen Vorgehens wird in diesen Fällen hauptsächlich zwei Gesichtspunkte zu berücksichtigen haben: die sexuelle Hyperästhesie und die krankhafte Richtung bzw. Ausübung des Geschlechtstriebes. Die sexuelle Hyperästhesie findet sich fast in allen Fällen dieser Art. Sie veranlaßt den Kranken, fortwährend an sexuelle Dinge zu denken, und verführt ihn, trotz entgegenstehender gesellschaftlicher und gesetzlicher Hemmungen seinem krankhaften Triebe immer wieder nachzugeben. Diese Steigerung des Geschlechtsbedürfnisses kann durch psychische bzw. sug-

gestive Einflüsse sehr wohl beseitigt werden, nicht zum mindesten durch den Hinweis, daß ja auch der sexuell normal empfindende Mensch sich viele freiwillige und unfreiwillige Beschränkungen seiner sexuellen Betätigung auferlegen muß, wenn er nicht mit den gesellschaftlichen Sitten und den Gesetzen in Konflikt geraten will. In den meisten Fällen ist es sogar durchaus notwendig, die Verminderung des Geschlechtsbedürfnisses bis zu einer vorübergehenden sexuellen Abstinenz zu treiben: die Kranken müssen lernen, ihre Triebe zu beherrschen, bevor sie darangehen können, sie in andere Bahnen zu lenken. Auch des Einflusses des Alkohols muß an dieser Stelle gedacht werden. In nicht seltenen Fällen versagt die Selbstbeherrschung der Patienten nur, wenn sie unter der Wirkung reichlichen Alkoholgenusses stehen. Manchmal beschränkt sich der Wunsch der Patienten von vornherein darauf, nur die praktische Ausübung ihrer homosexuellen Neigungen inhibiert zu sehen, damit sie im übrigen in Ruhe ihr Leben genießen können, ohne die ewige Furcht vor dem Strafrichter mit sich herumzuschleppen. Hier genügt dann die Erreichung der freiwilligen sexuellen und Alkoholabstinenz, wie ich dies in mehreren Fällen gesehen habe.

In der überwiegenden Mehrzahl aber beanspruchen die Patienten, die wegen derartiger Anomalien unseren Rat einholen, eine völlige Befreiung von dem Zwange der perversen Richtung oder Ausführung des Geschlechtstriebes. Hier muß die detaillierte Analyse des Kontrektationstriebes eintreten. Es muß der Nachweis geführt werden, daß die bestehenden Assoziationen zwischen den beiden Komponenten des Sexualtriebes, sowie die individuelle Beschaffenheit der psychischen Begleiterscheinungen des Geschlechtsaktes nicht in einer unveräußerlichen, angeborenen Konstitution des Kranken, sondern vielmehr in zufälligen, durch Erziehung und Gewohnheit bedingten Zutaten des physiologischen Vorganges ihren letzten Ursprung hat, so daß der bewußte Wille oder aber die

systematische psychische Beeinflussung sehr wohl zu einer Umwandlung und Umkehrung dieser Zusammenhänge führen kann. Die planmäßige suggestive Ablenkung von den früheren irritierenden Einflüssen und die Erziehung zu einer wachsenden Gewöhnung und Freude an den ästhetischen und erotischen Qualitäten des anderen Geschlechtes wird dann auf einen wohl vorbereiteten Boden treffen. Im allgemeinen wird demnach die Behandlung dieser Anomalien in drei aufeinanderfolgenden Perioden vorzunehmen sein. In der ersten Periode der Aufklärung über das Wesen der normalen Geschlechtsliebe und der Entstehung der konträren sexuellen Neigungen ist absolute sexuelle und Alkoholabstinenz eine unerläßliche Bedingung. Diese Periode soll so lange durchgeführt werden, bis die perversen Reize jede stärkere Anziehungskraft für den Kranken verloren haben. In der zweiten Periode der platonischen Annäherung an das andere Geschlecht, in dem die neuen Assoziationen und Zusammenhänge des physischen Geschlechtstriebes geschaffen werden sollen, muß die Abstinenz ebenfalls strikt durchgeführt werden. Diese Periode erstreckt sich bis zum Auftreten deutlich positiver, lustbetonter erotischer Empfindungen bei der platonischen Kontrektation des anderen Geschlechtes. In der dritten Periode endlich, die der praktischen Durchführung der gewonnenen Erkenntnisse, Empfindungen und Zusammenhänge gewidmet ist, kommt es darauf an, dem Kranken begreiflich zu machen, daß er sich mit einem relativ geringen physischen und psychischen „Genuß" bei der Vollziehung des normalen Beischlafes zunächst begnügen müsse, da die neuen Gewohnheiten erst eine gewisse Festigkeit erlangen müssen und da es auch prinzipiell und normaliter völlig verfehlt ist, in der Ausübung der Geschlechtsfunktion die Ausschöpfung des höchsten Lebensglückes und der intensivsten Verzückung zu suchen. Auf weitere Einzelheiten der psychotherapeutischen Einwirkung kann hier nicht näher eingegangen werden.

Zum Schlusse dieses Abschnittes soll noch einmal mit vollem Nachdruck hervorgehoben werden, daß die Indikation der hypnotisch-suggestiven Behandlung der psychosexuellen Anomalien auf einer Grundvoraussetzung beruht, die als conditio sine qua non des Erfolges zu bezeichnen ist: nämlich auf der intensiven Sehnsucht des Patienten, von seinem Leiden befreit zu werden. Leider ist die moderne Art der Agitation zur Abschaffung des § 175 Str.-G. wenig geeignet, diese Sehnsucht bei den Homosexuellen zu wecken und zu stärken.

17. Die funktionellen Sprachstörungen.

Als Typen der für die Suggestivtherapie geeigneten Formen von Sprachstörungen will ich in diesem Abschnitte die hysterische Aphonie und das Stottern besprechen.

Die hysterische Aphonie gibt durchschnittlich für die suggestivtherapeutische Behandlung eine außerordentlich günstige Prognose. Vorausgesetzt, daß die Erkrankung noch nicht allzulange besteht und daß noch nicht zu viele fruchtlose Bemühungen schädliche Autosuggestionen bei den Patienten befestigt haben, gelingt die Beseitigung der Aphonie gewöhnlich in einer einzigen Sitzung, noch dazu ohne daß eine tiefe Hypnose erforderlich wäre. Die Technik des suggestiven Vorgehens besteht zunächst in der autoritativen Versicherung der sofortigen Heilung des Leidens, das seiner Natur nach bei geeigneten Maßnahmen ebenso plötzlich verschwinde, wie es aufgetreten sei. In der Hypnose werden dann zweckmäßig irgend welche aktiven Manipulationen zu Hilfe genommen, die die autosuggestive Hemmung des Patienten zu beseitigen imstande sind. Z. B. Faradisieren, Massieren oder Drücken des Kehlkopfes, tiefe Atemübungen mit explosiver Phonation usf. Unter Umständen kann in solchen Fällen auch einmal zu einer Täuschung des Patienten gegriffen werden, indem man einen angeblich bestehenden Katarrh durch eine Kehl-

kopfpinselung beseitigt, einen angeblichen Schleimpfropf, der als Fremdkörper die Bewegungen der Stimmbänder behindert, durch lokale Manipulationen verschwinden macht, den angeblich durch eine unvorsichtige Bewegung aus seiner Lage gekommenen Kehlkopf durch eine kräftige Einrenkung wieder an die richtige Stelle bringt und dergleichen mehr. Auch eine leichte Schreckwirkung, wie durch stärkere faradische Ströme, plötzliches Anfahren, strenges, einschüchterndes Auftreten usw. kann hierbei suggestivtherapeutisch in Frage kommen. In den seltenen Fällen, in denen sich die Heilung der hysterischen Aphonie trotz suggestiv-hypnotischer Behandlung verzögert, werden außerdem stufenweise fortschreitende Phonations- und Gesangübungen mit Vorteil Verwendung finden. Außerdem muß in jedem Falle auf eine etwaige psychische Ätiologie des Leidens, sei es Schreck, Angstvorstellungen, Aufregungen usw., Rücksicht genommen werden. Rezidive der hysterischen Aphonie habe ich bei suggestiver Behandlung fast nie gesehen. Die hysterischen Störungen der Gesangstimme, ebenso wie auch einige Formen der von B. Fränkel sogenannten nervösen Mogiphonie bieten gelegentlich auch ein günstiges Objekt für die Suggestivtherapie.

Über das Wesen des Stotterns sind die Ansichten der Forscher noch immer geteilt. Während die einen das Stottern für eine periphere Koordinationsstörung der Sprech- und Atmungsmuskulatur halten, zu der erst sekundär psychische Erscheinungen hinzutreten, glauben die anderen, daß das Leiden als eine Psychoneurose aufzufassen sei, bei der die psychischen Störungen in Form von Angst- und Zwangsvorstellungen eine primäre Rolle spielen. Mein eigener Standpunkt in dieser Frage ist ein vermittelnder: ich meine, daß in manchen Fällen die peripheren körperlichen, in anderen die zentralen psychischen Störungen im Vordergrunde stehen und daß sich in den meisten Fällen beide Elemente in dem Krankheitsbilde des Stotterns nachweisen lassen, ohne daß man

mehr als eine wechselseitige Beziehung zwischen diesen beiden Faktoren behaupten kann. Für diese Auffassung sprechen meine Erfahrungen über die suggestivtherapeutische Behandlung des Stotterns, die in einem Teil der Fälle völlig erfolglos bleibt, in einem anderen Teile aber recht zufriedenstellende Resultate aufweist. Ich glaube sogar, auf Grund meiner Erfahrungen schon vor Beginn der Behandlung mit einiger Sicherheit die Prognose stellen zu können. In den Fällen, in denen das periphere motorische Moment überwiegt und die der Suggestivtherapie als solcher fast unzugänglich sind, fand ich in bezug auf das klinische Verhalten, daß die Patienten fast völlig gleichmäßig stottern, gleichviel ob sie frei sprechen oder lesen, ob sie auswendig Gelerntes hersagen oder auf unvorbereitete Fragen antworten, ob sie zu Fremden, Angehörigen oder für sich allein sprechen. Dabei lassen sich fast stets Störungen der Atmung nachweisen, indem die Patienten mit beinahe erschöpftem Exspirationsstrom zu phonieren suchen. Ferner sind gewöhnlich starke Mitbewegungen, Verzerrungen des Gesichts, Schlagen der Arme und Beine usw. beim Sprechen vorhanden. Endlich treten die psychischen Erscheinungen mehr oder weniger zurück, wenigstens unmittelbar vor und im Momente des Sprechaktes, während die allgemeine Stimmung des Kranken und sein gesamtes Verhalten sekundäre psychische Momente durchaus aufweisen kann. Bei öfterer Wiederholung eben gesprochener Sätze zeigt sich das Stottern beinahe ebenso stark, wie beim ersten Aussprechen derselben Sätze. In der Ätiologie dieser Fälle, die beinahe ausnahmslos vom Beginn des Sprechenlernens an datieren, läßt sich erhebliche Degeneration fast stets deutlich nachweisen. In denjenigen Fällen dagegen, in denen die seelische Störung primär im Vordergrunde steht, finden wir folgenden klinischen Tatbestand: die Patienten haben als kleine Kinder korrekt gesprochen und erst später, durch Nachahmung oder psychische Infektion, das Stottern erlernt.

Sie stottern nicht, wenn sie für sich allein laut sprechen, stottern weniger, wenn sie auswendig deklamieren, lesen oder mit vertrauten Freunden sprechen, dagegen sehr stark, wenn sie mit Fremden sprechen, die sie beobachten und fixieren, oder wenn sie aufgeregt sind. In bezug auf ihr seelisches Verhalten zeigen sie Angst- und Zwangsvorstellungen schon bei dem bloßen Gedanken, daß sie mit Fremden zu sprechen haben werden. Auch unmittelbar vor dem Sprechen und beim Sprechakt selbst beherrscht sie der Gedanke, daß sie anstoßen oder sich auffällig und lächerlich machen werden. Sie erröten und schwitzen leicht, werden verlegen und schüchtern, verlieren beim Sprechen oft den Gedankenfaden und zeigen in ausgeprägten Fällen das Bild der kompletten Verwirrtheit. Bei mehrfacher Wiederholung der gleichen Sätze hintereinander zeigt sich meist eine deutliche Abschwächung, häufig sogar ein völliges Verschwinden der Sprachstörung. Untersucht man, welche Konsonanten am häufigsten Anlaß zu Sprachstockungen geben, so zeigt sich in diesen Fällen eine völlige Regellosigkeit, während in den oben beschriebenen Fällen die Laute einer bestimmten Artikulationsstelle aus dem Gesamtbilde der Störungen mehr oder minder deutlich sich hervorheben. Es versteht sich von selbst, daß die beiden kurz skizzierten Gruppen zahlreiche Kombinationen und Übergänge aufweisen. Jedenfalls glaube ich die Prognose der suggestivtherapeutischen Behandlung des Stotterns von der Tatsache abhängig machen zu sollen, ob die beschriebenen psychischen Störungen bei den Patienten deutlich und mehr oder weniger primär nachweisbar sind. In solchen Fällen gelang es mir, vollständige und dauernde Heilungen zu erzielen.

Die Methode der suggestiven Technik ist durch die Analyse des klinischen Tatbestandes gegeben. Ich lasse stets Atem- und Sprechübungen von den Patienten ausführen, wie sie von Gutzmann, Liebmann u. a. ausführlich beschrieben worden sind. In einzelnen Fällen

lasse ich vorübergehend die Methode des Sprechens vollkommen auswechseln, indem ich die Patienten anhalte, in tieferer oder höherer Stimmlage zu sprechen als sonst, mehr guttural oder aber mehr labial zu sprechen als früher, mit einem anderen Atmungsmodus zu phonieren, als sie es gewöhnt sind, mit einem Fremdkörper im Munde oder zwischen den Zähnen oder Lippen zu üben, oder endlich mit singender Stimme oder aber abgehackt oder im Gegenteile portamento zu sprechen. Durch ein derartiges Vorgehen erreiche ich, daß die Aufmerksamkeit der Patienten von den ihnen geläufigen Sprachstockungen abgezogen und statt dessen auf andere, nicht gehemmte Muskelbewegungen und -spannungen eingestellt wird. Auch willkürliche, häufig wechselnde und stufenweise komplizierte Mitbewegungen der Glieder beim Sprechen, wie z. B. Taktschlagen, Trommeln, Zeichnen von Strichen usw. habe ich zu diesem Zwecke wirksam gefunden. Dazu kommt die eigentliche psychische Beeinflussung in der Hypnose. Es muß die Furcht vor dem Sprechen und vor der Beobachtung Fremder abgeschwächt, das Selbstvertrauen und die Energie der Patienten gehoben, die Stimmung gebessert werden. Man muß versuchen, an die Stelle der Verwirrtheit und Schüchternheit sicheren Gleichmut und stetige Geistesgegenwart zu setzen. Jeder kleine nachweisbare Erfolg muß dabei zur Grundlage ermunternder und fortschreitender Suggestionen gemacht werden. In dieser Weise erreicht man unter steter Zuhilfenahme immer schwierigerer Übungen im Sprechen, Lesen, Deklamieren usw. im Laufe von durchschnittlich 4—6 Monaten Erfolge, die durch Sprachübungen allein in solchen Fällen meist nicht erzielt werden können. Jedoch zählt die Aufgabe der suggestivtherapeutischen Behandlung des Stotterns mit zu den mühsamsten und schwierigsten, vor die der Arzt gestellt werden kann. Bei der koordinatorischen Form des Stotterns ist nach meiner Erfahrung die rationelle Sprachübungsbehandlung allein indiziert.

18. Die Suggestivtherapie bei Kindern.

Wie wir gesehen haben, sind die Kinder vermöge ihrer natürlichen Gehorsamkeit und Unterordnung in gewissem Sinne für suggestive Einwirkungen besonders empfänglich. Dieser Umstand begünstigt auch die therapeutische Beeinflussung derjenigen funktionellen Krankheitszustände, die bei Kindern häufig zur Beobachtung gelangen. Wir wollen als Beispiele für diese Behauptung den Pavor nocturnus der Kinder, die Enuresis, die Onychophagie und die Ungezogenheit und Unaufmerksamkeit der Kinder an dieser Stelle einer genaueren Besprechung unterziehen.

Der Pavor nocturnus der Kinder besteht in dem plötzlichen Aufwachen der Kinder aus dem tiefen Schlafe, wobei ängstliche Träume voraufzugehen und Weinen und Unruhe zu folgen pflegen. In vielen Fällen fehlt die Besinnung im Anfall selbst, oft besteht Amnesie nach dem Erwachen. Während des Anfalles können auch komplizierte Handlungen ausgeführt werden. Die Kinder unterhalten sich laut mit einem nicht Anwesenden oder schreien ängstlich auf, indem sie sich im Bette aufrichten und dergleichen mehr. Auch echte Noktambulie wird im Zusammenhange mit diesen Störungen beobachtet. Manchmal liegt Hysterie oder Epilepsie den Erscheinungen zugrunde; nicht selten aber auch Diätfehler, Überladung des Magens vor dem Schlafen oder Teilnahme am Alkoholgenuß der Eltern. Die Suggestivtherapie weist gute Erfolge bei diesem Leiden auf. Es gelingt gewöhnlich in kurzer Zeit, durch geeignete Suggestionen in oberflächlicher Hypnose die Störungen zu beseitigen. Man suggeriert am zweckmäßigsten ruhigen, traumlosen, nicht zu tiefen Schlaf, ohne Angst vor der Dunkelheit. Es versteht sich, daß etwaige Diätfehler beseitigt werden.

Die Enuresis nocturna und diurna der Kinder stellt ebenfalls ein günstiges Objekt der suggestivtherapeutischen Behandlung dar. Doch kommt es, wie Rin-

gier und Cullerre betont haben, darauf an, die jeweiligen Ursachen des Zustandes durch eine sorgfältige Analyse zu ergründen. Diese Ursachen können gelegen sein in einer Hypästhesie oder Hyperästhesie der Urethralschleimhaut, in der Schwäche des Sphinkter vesicae, in einer Hyp- oder Hyperästhesie der Blasenschleimhaut, ferner in einer Schwäche oder einem krampfhaften Reizzustand der Detrusoren. Endlich kann eine Reizung des Urogenitaltraktus durch Würmer, Onanie usw., oder ein abnorm tiefer Schlaf oder Furcht vor der Dunkelheit, vor Traumgebilden usf. die Ursache sein. Je nachdem die körperliche und psychische Untersuchung die eine oder andere der aufgezählten Ursachen nachzuweisen vermag, wird die suggestive Behandlung einzurichten sein. Im allgemeinen wird man den Kindern suggerieren, „daß sie nicht zu tief schlafen werden, daß sie durch den Reiz der gefüllten Blase, eventuell zu einer bestimmt festzusetzenden Zeit, erwachen, sich nicht ängstigen, sondern rechtzeitig aufstehen werden, um den Urin ins Nachtgeschirr zu entleeren". Auch die Anstachelung des Ehrgeizes der Kinder durch den Hinweis auf das Häßliche und Unangenehme des Bettnässens ist am Platze. Bei Knaben pflege ich in den ersten Nächten, um das rechtzeitige Aufstehen zu befördern, vor dem Schlafengehen die Mündung der Harnröhre mit einem Stückchen weichen Mullpflasters verkleben zu lassen, besonders wenn die Schleimhäute des Urogenitaltraktus so wenig empfindlich sind, daß das Ausfließen des Harnes im Schlafe nicht gemerkt wird, oder wenn umgekehrt die Empfindlichkeit der Schleimhäute eine so große ist, daß schon ein kleiner Tropfen Harn, der den Sphinkter passiert, zu einer krampfhaften reflektorischen Entleerung der Blase führt. Der mechanische Widerstand, den die Knaben dann empfinden, sobald der Harn bis zu der verklebten Öffnung der Urethra vorgedrungen ist, führt sie dazu, aufzustehen und den Verschluß zu entfernen. Ist Onanie als Ursache der Enuresis im Spiele, so suggeriert man den Kindern,

außer den moralischen Einwirkungen, die wir bei der Onanie der Erwachsenen besprochen haben, daß es ihnen unmöglich sein werde, nachts die Hände an die Geschlechtsteile zu bringen und dort zu reiben, daß sie vielmehr bei jedem Versuche dazu eine Müdigkeit und lähmungsartige Schwäche, sowie heftige Schmerzen in der Hand empfinden werden. Wichtig ist es, auch das Kitzelgefühl in den Geschlechtsteilen, das die Kinder häufig als Ursache des Onanierens angeben, durch Einfetten der Teile und auf suggestivem Wege zu beseitigen.

Die Onychophagie der Kinder verlangt eine ähnliche suggestive Technik. Man stellt den Kindern das Unappetitliche dieser Gewohnheit vor und malt ihnen den Vorzug sauber geschnittener Nägel anschaulich aus. Man suggeriert ihnen sodann einen steigenden Widerwillen gegen das Nägelknabbern und die Unmöglichkeit, die Hände zu diesem Zwecke an den Mund zu bringen. Was den therapeutischen Suggestionen bei Kindern an Motivierung abgeht, ersetzt man durch die stärkere Hervorkehrung der Autorität in befehlendem und belehrendem Sinne.

Die Charakterstörungen der Kinder, wie z. B. die Ungezogenheit, Naschhaftigkeit, Lügenhaftigkeit, bilden auch für den Suggestivtherapeuten meist eine größere Krux, als man nach den enthusiastischen Berichten Bérillons, Brunnbergs u. a. annehmen sollte. In manchen Fällen ist allerdings durch ein autoritatives und zugleich vertrauenerweckendes und wohlwollendes Auftreten eine vorübergehende Besserung dieser Kinderfehler nicht zu verkennen. Gewöhnlich aber scheitert der Erfolg an der Unvernunft der Eltern und an den nicht auszurottenden Einflüssen einer fortgesetzt unzweckmäßigen Erziehung.

Die Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit, Verspieltheit, Nachlässigkeit, Interesselosigkeit usw. der Schulkinder zeitigt ebenfalls keine hervorragenden Erfolge bei suggestivtherapeutischer Behandlung. Die von Bérillon inaugurierte „Orthopédie mentale" dürfte deshalb für alle

Zukunft ein frommer Wunsch bleiben, wie ich bereits an anderer Stelle ausführlicher dargelegt habe. Den neuerdings von Guyau, Picht u. a. ausgehenden Vorschlag, den Hypnotismus und die Suggestion auch in die normale Erziehungs- und Unterrichtsmethodik einzuführen, verwerfe ich ganz und gar, da nach meiner später noch genauer zu begründenden Überzeugung ein unüberbrückbarer Gegensatz zwischen Erziehung und Suggestion besteht.

19. Die organischen Erkrankungen.

Es gibt eine große Reihe organischer Erkrankungen, die von angesehenen Forschern in den Bereich der hypnotischen und suggestiven Behandlung gezogen worden sind. So hat Bernheim die lanzinierenden Schmerzen der Tabiker und viele allgemeine und lokale Beschwerden der Phthisiker mit gutem Erfolg der suggestivtherapeutischen Behandlung unterworfen. Stadelmann und Großmann haben den akuten und chronischen Gelenkrheumatismus und die Influenza, Forel die Menstruationsstörungen der Chlorotischen, Brügelmann das nervöse Asthma, andere Forscher die Chorea minor, die Hemiplegien u. a. m. suggestivtherapeutisch zu behandeln empfohlen, teils in der Meinung, daß durch die angewendeten suggestiven Maßnahmen die organischen Störungen, die diesen Krankheiten zugrunde liegen, tatsächlich beeinflußt werden könnten, teils um das Allgemeinbefinden der Patienten, ihre Stimmung, ihren Appetit, ihre Toleranz gegen die Schmerzen, ihren Schlaf usw. zu bessern und dadurch indirekt die Heilung des Leidens zu befördern. Ich für meine Person muß gestehen, daß ich allen diesen Empfehlungen ungemein skeptisch gegenüberstehe. Ich leugne zwar nicht, daß sich alle organischen Erkrankungen bei hysterischen Individuen auf suggestivtherapeutischem Wege indirekt günstig beeinflussen lassen — und wie viele der von den Autoren berichteten Heilungen tatsächlich auf Rechnung einer

verkannten oder komplizierenden Hysterie zu setzen sind, lasse ich dahingestellt —: aber eine direkte suggestive Beeinflussung organischer Veränderungen habe ich trotz emsigen Suchens nie gesehen. Soweit ich organische Erkrankungen auf suggestivem Wege zu behandeln versuchte, sah ich entweder reine Mißerfolge, oder Besserungen, die in Wirklichkeit nicht der suggestiven, sondern der gleichzeitig angewandten physischen Therapie zuzuschreiben waren, oder endlich Besserungen und Heilungen, die sich bei genauerem Zusehen auf die funktionellen Begleiterscheinungen und Komplikationen beschränkten, die mit dem Bilde der organischen Erkrankungen verquickt waren und die freilich gelegentlich in subjektiver und objektiver Beziehung die eigentliche Bedeutung der Erkrankung ausmachten. Es sei gestattet, für diesen letzterwähnten Fall ein Beispiel anzuführen. Vor mehreren Jahren konsultierte mich eine 56jährige Frau, die einen halben Tag zuvor plötzlich schwindlig und im unmittelbaren Anschluß daran stumm geworden war. Sie war nicht imstande, einen Ton von sich zu geben, sondern verständigte sich durch Gesten und auf schriftlichem Wege. Nach der Schilderung des Schwindelanfalles, die mir von seiten zweier Kollegen gegeben wurde, die die Kranke vorher exploriert hatten, vermutete ich einen Erweichungsherd in der L. Insel bzw. im Brocaschen Sprachzentrum als Ursache der plötzlichen Stummheit, zumal die Patientin weder in ihrer Anamnese noch in ihrem gegenwärtigen Status irgend welche Zeichen von Hysterie darbot. Auf Wunsch der überweisenden Kollegen leitete ich eine Hypnose ein, freilich ohne selbst auf einen Erfolg zu hoffen, da ich von der organischen Natur des Leidens überzeugt war. Zu meinem eigenen Erstaunen aber gelang es, in einer ganz oberflächlichen Hypnose die Suggestion des lauten Phonierens in kurzer Zeit unter dem Vorwande einer Einrenkung des in seiner Lage verschobenen Kehlkopfes zu realisieren. Nach wenigen Minuten war die Stummheit

der Patientin beseitigt. Jedoch zeigten sich noch an den folgenden beiden Tagen zweifellose Paraphasien, die dann spontan verschwanden. Zur Erklärung dieses Falles, bei dem der ganzen Sachlage nach die Annahme eines kleinen arteriosklerotischen Erweichungsherdes in der L. Sprachregion nicht wohl bestritten werden kann, muß meines Erachtens die Vermutung herangezogen werden, daß durch den Chock, den die Patientin bei dem vorangehenden Schwindelanfall erlitt, und der wahrscheinlich anatomisch auf einen kleinen Zerfall mit Flüssigkeitsaustritt in der Sprachregion oder eine winzige Embolie eines kleinen Endastes der Arteria fossae Sylvii zu beziehen war, eine komplizierende funktionelle Sprachlähmung hervorgerufen wurde, die an sich nicht anatomisch bedingt war. So konnte es der Suggestion gelingen, zwar nicht einen organischen Prozeß zu beeinflussen, aber doch einen im Gefolge eines organischen Prozesses auftretenden funktionellen Vorgang zu beseitigen, der in klinischer Beziehung, wenigstens momentan, das Krankheitsbild beherrschte.

Über die suggestive Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus, organischer Lähmungen usw. habe ich bereits im 1. und 3. Abschnitte dieser Übersicht einige Bemerkungen eingestreut.

20. Die angebliche ätiologische Behandlung der Hysterie.

Zum Schlusse unserer speziell-suggestivtherapeutischen Betrachtungen wollen wir noch einmal auf die Hysterie als auf dasjenige Krankheitsbild zurückkommen, das von jeher — wie ich meine, mit Unrecht — als die Hauptdomäne der hypnotisch-suggestiven Behandlung gegolten hat. Nachdem wir im vorhergehenden neben vielen anderen Erkrankungen auch die meisten landläufigen Symptome der Hysterie in ihrer Genese und Therapie besprochen haben, könnte die Frage aufgeworfen werden, ob denn nun die Hysterie als solche durch hypnotische und

suggestive Maßnahmen heilbar sei, m. a. W. ob vielleicht eine ätiologische Behandlung der hysterischen Konstitution außer der aufgeführten symptomatischen Behandlung möglich sei. Um diese Frage sachgemäß beantworten zu können, ist es notwendig, sich zunächst einmal über den Begriff der Hysterie zu einigen. Gibt es doch kaum eine Diagnose, über die die verschiedenen Autoren so divergente Auffassungen hegen wie über die Diagnose der Hysterie. Ich habe mich im Laufe der Jahre gewöhnt, — und ich glaube, zur Kritik hypnotischer Phänomene und suggestivtherapeutischer Leistungen auf diesen Punkt ein ganz besonderes Gewicht legen zu müssen —, die Diagnose der Hysterie nie nach dem bloßen Eindruck der Patienten, nach ihrem seelischen Verhalten oder ihren Charaktereigenschaften zu stellen, sondern vielmehr 1. auf Grund exakter neurologischer Untersuchung der Sinnesorgane und Reflexe, 2. auf Grund der allgemein als charakteristisch anerkannten körperlichen Störungen in der Anamnese der Patienten, wie z. B. rezidivierende Aphonien, hysterische Anfälle, funktionelle Lähmungen, Kontrakturen und dergleichen mehr. Wer an dieser Forderung festhält, wird zu der Überzeugung kommen müssen, daß die genuine Hysterie eine angeborene Konstitutionsanomalie ist, deren physiologische Grundlagen wir im übrigen noch nicht kennen, aber vielleicht in einer angeborenen Verschiedenheit oder verschiedenen Entwicklung der beiden Hirnhemisphären oder in Störungen der sogenannten inneren Sekretion der Eierstöcke, Schilddrüse oder dergleichen zu vermuten berechtigt sind. Die durch diese konstitutionelle Anomalie gesetzten körperlichen Störungen beginnen gewöhnlich in der Pubertätszeit und klingen von der zweiten Hälfte der Mannbarkeit bis zum Klimakterium hin gewöhnlich auch spontan mehr oder weniger ab. Die hysterischen Charakter- und Geistesveränderungen, die Hellpach in sehr glücklicher Weise als Maß- und Sinnlosigkeit der seelischen Reaktionen gekennzeichnet hat, sind dagegen erstens

einmal, wie Loewenfeld, Freud und Breuer u. a. nachgewiesen haben, durchaus keine notwendigen oder stets in unangenehmer Weise hervorstechenden Erscheinungen des hysterischen Krankheitsbildes, sondern nur bei einem gewissen Prozentsatz der Fälle ausgeprägt. Wo sie aber vorhanden sind, begleiten sie die Kranken mit geringen Schwankungen bis an ihr Lebensende. Daneben aber gibt es eine große Reihe hysterieähnlicher Seelenerscheinungen, die infolge verkehrter Erziehung usw. bei allen möglichen nervösen und nichtnervösen Krankheitsformen angetroffen werden, die aber an sich die Diagnose der Hysterie ebensowenig rechtfertigen, wie die funktionellen körperlichen Symptome, die gelegentlich bei den verschiedensten Erkrankungen sich vorfinden.

Aus diesem Standpunkte, dessen genauere klinische Darlegung nicht in der Aufgabe dieses Werkes gelegen ist, ergibt sich die verneinende Antwort auf die Frage nach der Möglichkeit einer ätiologischen Behandlung der Hysterie von selbst. Weder die neuromuskuläre Exzitabilität und die körperlichen Reaktionen, noch die charakterische Seelenbeschaffenheit der Hysterischen läßt sich in dem Sinne ätiologisch beeinflussen, daß die Disposition zum Auftreten der spezifischen funktionellen Veränderungen im Gefolge körperlicher oder seelischer Veranlassungen fundamental ausgerottet werden könnte. Wohl aber lassen sich die vorhandenen Krankheitssymptome körperlicher und seelischer Art vorübergehend oder auch dauernd zum Verschwinden bringen, wie wir gezeigt haben.

Im Gegensatze zu dieser Auffassung, die im wesentlichen auf den Erfahrungen der hypnotisch-suggestiven Praxis, sowie der systematischen Psychotherapie aufgebaut ist, steht die von Freud und Breuer in den letzten Jahren vertretene Lehre von der Ätiologie und Therapie der Hysterie. Da diese Lehre in der modernen Literatur großen Anklang gefunden hat, betrachte ich es als meine Pflicht, auch an diesem Orte dazu Stellung zu nehmen.

Die Behauptungen Freuds und Breuers gehen dahin, daß den hysterischen Symptomen sehr häufig eine psychische Ätiologie zugrunde liege, mit deren Beseitigung nicht nur das betreffende Symptom, sondern die gesamte hysterische Konstitution verschwinde. Diese psychische Ätiologie besteht nach den genannten Autoren in der Regel in einem infantilen sexuellen Trauma, das die Patienten erlitten haben und das sich im Unterbewußtsein ihres Seelenlebens festgesetzt, gleichsam eingeklemmt hat, ohne daß die Wacherinnerung der Kranken eine Spur davon aufweist. Gelingt es in der Hypnose, diesen eingeklemmten Affekt ins Oberbewußtsein treten und sich dort austoben zu lassen oder ihn durch geeignete Fremdsuggestionen „abzureagieren“, so ist damit die Heilung der hysterischen Konstitution gegeben. An dieser Darstellung, der im übrigen auch v. Krafft-Ebing, Löwenfeld und Vogt nur teilweise zustimmen, die aber trotzdem der Ausgangspunkt der modernen psychoanalytischen Forschung geworden ist, ist nach meiner Erfahrung nur eins zutreffend: nämlich der Nachweis gewisser Seelenstörungen, die bei Hysterischen angetroffen werden und die früher sehr häufig der Beobachtung der Ärzte entgangen waren. Aber diese Seelenstörung ist weder stets eine infantile, noch eine sexuelle. Sie existiert nicht bloß in einem mythischen Unterbewußtsein, sondern in demselben Seelenleben, das auch die Erscheinungen des Wachseins enthält, und sie bildet schließlich keineswegs die Ätiologie des hysterischen Zustandes, sondern lediglich ein Symptom, das mit anderen Symptomen der Hysterie in Zusammenhang stehen kann und dann mit diesen gleichzeitig verschwindet, das aber ebensogut auch isoliert bestehen, bestehen bleiben oder verschwinden kann, ohne daß an den übrigen Symptomen des hysterischen Krankheitsbildes sonst eine Veränderung vor sich ginge. Daß es nicht immer ein infantiles sexuelles Trauma ist, das bei der psychologischen Untersuchung der Patienten zutage tritt, ist auch von anderen Forschern

nachgewiesen worden. Es kann sich ebensogut um einen Schreck oder eine Aufregung anderer Art handeln. Auch wissen die Patienten darüber im Wachleben ebensogut Bescheid wie in der Hypnose. Nur verweigern sie häufig im Wachzustand die Aussage darüber, weil es ihnen peinlich ist, die Geheimnisse ihres intimen Seelenlebens zu decouvrieren. Hat man in der Hypnose den „eingeklemmten“ Affektzustand hervorgerufen, so ist damit seine Beseitigung durchaus nicht gegeben. Weder das Abreagieren noch die Hervorrufung suggestiver Amnesie für das betreffende Erlebnis, die von Stadelmann und Vogt empfohlen wurde, beseitigt stets den Aufregungszustand und die damit verknüpften körperlichen Symptome. Wenn dies aber, wie wir bei der Analyse der einzelnen hysterischen Erscheinungen bereits früher gesehen haben, häufig genug geschieht, so ist damit nur eben dieses eine gerade vorhandene Symptom der Hysterie beseitigt, nicht aber die hysterische Konstitution der Patienten. Die therapeutischen Leistungen der „kathartischen Methode“ Freuds und Breuers unterscheiden sich demnach prinzipiell in nichts von der gewöhnlichen symptomatischen Behandlung der Hysterie, deren Technik wir oben dargelegt haben. Auf die angeblich im Gegensatze zur Suggestivtherapie aufgebauten neuesten psychoanalytischen und psychotherapeutischen Methoden, wie sie von Adler, Stekel, Bleuler, Jung, Marcinowski, Dubois u. a. vertreten werden, ist hier nicht der Ort näher einzugehen.

Über die sogenannte Kriegshysterie ist das Erforderliche bereits oben gesagt worden. Sehr bedauerlich ist es, daß die moderne Neurologie offenbar das Bestreben hat, den Begriff der Hysterie immer mehr zu verallgemeinern. Sonderbar mutet schon der Streit an, ob die Hysterie rein ideogen (Moebius, Babinski) oder auch emotionell (Oppenheim, Hoche) entstehe. Geradezu bedenklich aber erscheint es mir, wenn Lewandowsky und Bonhoeffer behaupten, daß zwischen Hysterie und

Neurasthenie ein scharfer Unterschied nicht bestehe. Nur die Erschöpfungsneurasthenie sei abgrenzbar; aber sie sei sehr selten. Sonst handle es sich um psychopathische Reaktionen von Debilen, konstitutionell Depressiven, Hypochondrischen und anderen Psychopathen. Holzmann geht sogar so weit, die Abschaffung des Wortes Hysterio zu befürworten, da es sich stets um Hirnermüdung oder -erschöpfung handele. Diese Verallgemeinerung und Verwirrung des Hysteriebegriffes erscheint mir ebensowenig als ein Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis wie der Versuch Kohnstamms, den Begriff der Hysteric durch Abspaltung eines „schizothymen“ Symptomenkomplexes einzuengen.

Kapitel V.

Therapeutische Ergebnisse.

In dem vorangehenden Kapitel habe ich mich bemüht, auf Grund meiner eigenen Erfahrungen die Technik der Suggerierung und die Prognose darzulegen, wie sie sich bei den hauptsächlichsten für die Suggestivtherapie geeigneten Krankheitssymptomen und Krankheitsgruppen gestaltet. Ich kann nicht leugnen, daß andere Autoren vielfach zu anderen Resultaten gekommen sind, vor allem aber, daß der Umkreis der der Suggestivtherapie zu überweisenden Krankheitsgebiete von den meisten Autoren bedeutend weiter umgrenzt worden ist. Zur Erklärung dieser Differenzen halte ich mich zu einigen Bemerkungen verpflichtet.

Zur exakten Beurteilung der therapeutischen Leistungsfähigkeit einer bestimmten Heilmethode gehört nach meiner Auffassung mehr als die tatsächliche Konstatierung des erzielten Erfolges. Es ist vielmehr notwendig, die Beziehungen zwischen der Natur des therapeutischen Prinzipes und des vorliegenden Krankheitsbildes festzustellen und zudem durch eine Häufung gleichartiger Beobachtungen die Wirkungen zufälligen Zusammentreffens auszuschließen. Hierzu kommen als selbstverständliche Forderungen die exakte Begründung der Diagnose und die über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Kontrolle der Heilerfolge. Geht man von diesen Prinzipien aus, so wird man einen großen Teil der in der Literatur niedergelegten Heilberichte nach verschiedenen Richtungen hin bemängeln müssen, obwohl die Tatsächlichkeit der beschriebenen Erfolge ohne weiteres

zugestanden sein soll. Sehr häufig hapert es z. B. an der Diagnose des Krankheitsprozesses. Manche Epilepsie, manche Chlorose, manche essentielle Kinderlähmung, multiple Sklerose, Syringomyelie, manche Melancholie oder Paranoia, deren Heilung durch eine einfache Suggestivbehandlung berichtet worden ist, dürfte bei genauerem Zusehen sich als Hysterie entpuppen. In anderen Fällen gibt die kurze Beobachtungsdauer zu Bedenken Anlaß: viele schnell erzielte Besserungen und Heilungen dürften sich als Illusionen herausstellen, wenn man sich die Mühe gibt, nach längerer Zeit das Befinden der Kranken wiederum zu kontrollieren. Endlich muß die Möglichkeit hervorgehoben werden, daß zahlreiche therapeutische Erfolge, die in leicht verständlicher Begeisterung der Suggestion zugeschrieben werden, in Wirklichkeit als spontane Heilungsvorgänge aufzufassen oder aber auf die Wirkung anderer gleichzeitig angewandter Heilfaktoren zu beziehen sind. Dieser letzte Fall dürfte besonders bei der Behandlung organischer Störungen vorwiegend in Betracht kommen. Die bei Influenza, Gelenkrheumatismus, Chorea, Phthisis, Menstruationsstörungen, Ekzema, Furunkulosis, Urtikaria, Scharlach, Sykosis, ulzerierendem Mammakarzinom usw. veröffentlichten Erfolge dürften, soweit es sich nicht um vorübergehende, nichtssagende Besserungen handelt, deren Beurteilung von der subjektiven Auffassung des Arztes und des Patienten abhängt, in Wirklichkeit auf Rechnung der spontanen Heilungstendenz dieser Krankheiten oder der gleichzeitigen Einwirkung physischer Heilfaktoren zu setzen sein. Die Wahrscheinlichkeit derartiger Erfolge aber dürfte im allgemeinen der Anzahl der zugrunde gelegten Beobachtungen umgekehrt proportional sein. Schließlich muß auch noch die Möglichkeit einer indirekten Beeinflussung durch die in der Hypnose oder im Wachzustande erteilten Suggestionen zugegeben werden. Wenn Bonjour berichtet, daß es ihm gelungen sei, Warzen nach einer einmaligen Sug-

gestion im Wachzustande in einem Zeitraume von fünf Tagen bis vier Monaten zu heilen, so dürfte die wahre Ursache dieser Heilung darin zu suchen sein, daß die Patienten, die vorher ihre Warzen durch Kratzen, Schneiden usw. unaufhörlich malträtiert hatten, infolge der erteilten Suggestion sich dieser schädigenden Manipulationen enthielten. Auch für das Zustandekommen der suggestiven Heilerfolge bei chronischer Obstipation, Fettsucht, Magenkatarrhen usw. möchte ich eine analoge indirekte Beeinflussung in Anspruch nehmen.

Bevor ich nach dieser negativen Kritik der durch die Suggestivtherapie erzielbaren Heilerfolge zu der positiven Analyse der therapeutischen Prinzipien übergehe, auf denen die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode basiert, möchte ich in umstehender Tabelle eine Statistik derjenigen Krankheitsfälle zur Kenntnis bringen, die ich in den Jahren 1899—1904 in eigener Praxis beobachtet habe (s. S. 226—227).

Die therapeutischen Prinzipien, von denen der Heilwert der Hypno- und Suggestivtherapie abhängt, gründen sich auf drei Faktoren: 1. die Hypnose als solche, 2. der Glaube an die Hypnose, 3. die suggestiven Einwirkungen.

Die Hypnose als solche muß in den beiden Formen gesondert in Betracht gezogen werden, die wir bereits früher als wesensverschieden erkannt haben: als oberflächliche und tiefe Hypnose.

Die oberflächliche oder Pseudohypnose ist, wie wir gesehen haben, in keiner Weise spezifisch vom Wachzustande unterschieden. Es handelt sich vielmehr um einen einfachen Ruhezustand, dessen Herstellung von der Willkür des Patienten, von dem Einflusse äußerer Bedingungen und von der geschickten psychologischen Technik des Arztes abhängig ist. Trotzdem ist diesem Zustande eine therapeutische Einwirkung nicht abzusprechen. Bei der äußeren und inneren Unruhe, Abgehetztheit und übermäßigen Beschäftigung, die die Mehrzahl unserer nervösen Patienten auszeichnet, ist es wohl verständlich,

wenn sie in dem regelmäßigen Zwange, sich der Ruhe hinzugeben, eine gewisse Erleichterung spüren, die auch schon bei kurzer Dauer den erschöpften Nerven eine gewisse Erholung sichert. Dazu kommt, daß dieser Ruhezustand ein viel intensiverer und vollkommenerer ist als die Ruhezustände, denen die Patienten sich etwa spontan zu Hause hingeben. Während sie dort nur mit halbem Interesse bei der Sache sind und in Wirklichkeit weder körperlich noch geistig jener absoluten Entspannung und Untätigkeit sich hingeben, die zu einer erquickenden Ruhe erforderlich sind, werden sie in dem pseudohypnotischen Ruhezustande von allen ablenkenden Interessen mehr oder weniger abgezogen und durch die sachverständige Anleitung des Arztes auf die einzelnen Details der Ruheübung speziell aufmerksam gemacht. Von besonderer Bedeutung wird natürlich der pseudohypnotische Ruhezustand in denjenigen Fällen sein, in denen die Patienten durch körperliche oder geistige Störungen spontan nach dieser Richtung hin speziell behindert sind. Hierher zählen die Fälle von Schlaflosigkeit, körperlichen und geistigen Erschöpfungszuständen, Muskelzuckungen, Zwangsvorstellungen und Phobien und dergleichen mehr. In solchen Fällen wird ein verlängerter hypnotischer Ruhezustand den Patienten den Mangel spontaner Ruhe in etwas ersetzen können, zumal den ärztlich geleiteten Ruheübungen ein gewisser erzieherischer Wert nicht abzusprechen ist. Alle diese Anwendungsformen aber beruhen auf durchaus bekannten physiologischen Grundlagen, zu denen eine spezifische hypnotische oder suggestive Einwirkung in keiner Weise erforderlich oder auch nur wünschenswert erscheint. Die therapeutischen Leistungen dieses Faktors sind offenbar abhängig von der Häufigkeit, der Dauer und der Vollkommenheit des pseudohypnotischen Ruhezustandes. Die „Tiefe" einer solchen Hypnose hängt von dem guten Willen und Verständnis des Kranken, sowie von der psychologischen Schulung des Arztes ab.

Tabelle I.

Krankheit: Hauptgruppe	Krankheit: Unterart	Geschlecht: M.	Geschlecht: W.	Zahl der Hypnosen: 1—5	Zahl der Hypnosen: 6 bis 25	Zahl der Hypnosen: 26 bis 100	Zahl der Hypnosen: über 100	Erfolg der Behandlung: Unbekannt	Erfolg der Behandlung: Ungeheilt	Gebessert: 25%	Gebessert: 50%	Gebessert: 75%	Geheilt
Hysterie	Hy. universalis (inkl. Aphonie usw.)	10	35	11	21	12	1	5	4	3	17	6	10
	Hy. graphis	—	7	—	—	4	3	—	1	2	2	1	1
	Hy. Agrypnie	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—
	Hy.-Neurasth.	1	10	3	7	1	—	2	1	3	2	3	—
	Hy. Sprachstörungen (exkl. Aphonie)	—	3	1	—	1	1	—	—	2	—	—	1
	Hy. Vaginismus	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
	M. Basedowii	—	4	2	1	—	1	1	1	—	2	—	—
Neurasthenie und allgemeine nervöse Störungen	N. universalis (inkl. Phobien)	24	12	10	11	13	2	3	4	4	9	9	7
	N. hypochondrica	10	6	8	6	1	1	2	5	5	3	1	—
	Neurasth. Agrypnie . . .	11	4	—	12	3	—	—	—	—	—	7	8
	Hypoch. Agrypnie . . .	1	1	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—
	Nervöse Dyspepsie . . .	2	1	1	1	—	1	—	2	—	1	—	—
	N. sexual.	5	—	1	4	—	—	1	—	—	1	3	—
	Pruritus cutan.	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	Pavor noct. + Noctamb.	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
	Traumat. Neurose	7	1	—	6	2	—	2	2	1	1	2	—
	Erythriophobie	7	2	4	5	—	—	1	2	3	2	1	—
	Neurasth. Angst- und Zwangsvorstellungen .	9	6	5	6	4	—	1	3	2	4	1	4

Epilepsie	Epilepsie	23	14	5	16	11	5	1	17	9	3	5	2
Neuralgien	N. trig., intercost. usw.	5	5	—	8	2	—	—	1	3	3	—	3
Verschiedene nervöse Krankheitsformen	Hemikranie	—	3	—	2	1	—	1	—	1	—	1	—
	Tic access., univers. usw.	2	1	1	1	1	—	—	2	1	—	—	—
	Chorea	—	4	1	3	—	—	—	2	—	—	—	2
	Melanch. aimpl.	1	2	—	3	—	—	—	—	—	—	1	2
Chronische Intoxikationen	Alkohol. chron.	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
	Morphin. chron.	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Sexuelle Anomalien	Masturbation	10	2	2	10	—	—	1	1	1	3	2	4
	Impotenz	5	—	2	2	1	—	—	—	—	—	1	4
	Sexuelle Perversionen	4	—	2	2	—	—	—	3	—	—	—	1
Balbuties	Balbuties	6	2	3	2	2	1	1	5	—	—	1	1
Organische Krankheiten	Aathma und Emphysem	2	1	2	1	—	—	2	1	—	—	—	—
	Arteriosclerosis cerebri	2	1	2	1	—	—	1	2	—	—	—	—
	Enzephalitis, Hemiplegie usw.	1	4	1	1	—	3	—	2	1	2	—	—
	T. d. und D. p.	3	2	3	1	1	—	—	3	1	1	—	—
	Paranoia chron.	4	—	1	1	2	—	—	1	1	2	—	—
	Vit. cordis	1	1	—	1	1	—	—	—	1	1	—	—
	Myasthenia pseudoparal.	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
	Rheumat. chron. articul.	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
	Carcinoma hepatis	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—

Zur Erläuterung dieser Tabelle, die sich im ganzen auf 9435 Hypnosen an 302 Patienten erstreckt, sei bemerkt, daß die Krankheitsgruppen Hysteria und Neurasthenia universalia auch diejenigen Fälle umfaasen, in denen mehrere Krankheitssymptome, z. B. Aphonie, Agrypnie, Alkoholismus, sexuelle Anomalien uaw. zu gleicher Zeit oder hintereinander hervortraten, so daß eine Ruhrizierung dieser Fälle in eine der untergeordneten Einzelgruppen unmöglich war. Die Zahl der ausgeführten Hypnosen gibt nnr einen nngefähren Maßstab für die Dauer der Behandlung, inaofern bei einer Reihe von Fällen andere Heilmethoden vor oder nach der hypnotischen Therapie zur Anwendung kamen. Nicht aufgeführt sind in dieser Tabelle die mindestena gleich große Zahl von Fällen, die ausschließlich psychotherapeutisch, ohne Anwendung der Hypnose, behandelt wurden. Der Erfolg der Behandlung ist geschätzt nach den Gesichtapunkten des Verschwindens der Symptome, der Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und der Dauer der erzielten Besserung.

Die tiefe oder spezifische, i. e. somnambule Hypnose beruht demgegenüber auf einer spezifischen Alteration des Seelenlebens, deren physiologische Grundlage, wie wir unten sehen werden, uns zurzeit noch unbekannt ist. Der Heilwert dieses Faktors ist gleichwohl nicht zu bestreiten, vorausgesetzt, daß es sich um eine normale Somnambulhypnose handelt. Der somnambulhypnotische Zustand an sich ist, auch wenn man von jeder Suggestivwirkung zunächst absieht, durchaus erquickender und heilsamer Natur. Es findet in ihm eine ausgiebige Erholung aller Organe statt, die zudem durch Heranziehung einfacher allgemeiner Suggestionen quantitativ und qualitativ bei weitem günstiger gestaltet werden kann als der erquickendste natürliche Schlaf. Diese Wirkung offenbart sich schon bei kurzdauernden Somnambulhypnosen, noch mehr aber und in wahrhaft überraschender und glänzender Weise bei den von Wetterstrand eingeführten Dauerhypnosen. Wer auf die Anwendung dieses Heilfaktors prinzipiell verzichtet, begibt sich freiwillig einer Einwirkung, wie deren die therapeutische Wissenschaft nur wenige aufzuweisen hat. Leider sind dieser Methode ziemlich enge Grenzen gezogen. Die abnormen somnambulhypnotischen Zustände scheiden ohne weiteres aus der Therapie aus, weil sie keinerlei Vorteile, häufig im Gegenteil Schädigungen im Gefolge haben. Die normalen Somnambulhypnosen aber treten nur bei ganz bestimmten Krankheitsgruppen ein, wie wir oben bereits ausgeführt haben. Denn das Zustandekommen dieser Hypnose ist nicht — von einigen selbstverständlichen technischen Kleinigkeiten abgesehen — von der Person des Hypnotiseurs, sondern vielmehr von dem Nervensystem des zu Hypnotisierenden abhängig. Eine Erziehung zur Somnambulhypnose, wie sie Vogt und seine Schule behaupten und empfehlen, halte ich daher für unmöglich. Eine andere Frage ist es, ob aus ethischen Gründen die Anwendung der Somnambulhypnose anzuempfehlen sei. Ich möchte darüber folgendes aussagen. In den weitaus

meisten Fällen suche ich mit den blandesten Hypnotisierungsmethoden und den oberflächlichen hypnotischen Zuständen auszukommen. Tritt spontan durch die zur Anwendung gebrachten hypnosigenen Mittel eine Somnambulhypnose ein, so kann ich dies nicht verhüten, ändere aber deswegen meine suggestiven Maßnahmen in keiner Weise. Nur in wenigen Ausnahmefällen, in denen ich auf dem beschriebenen Wege nicht weiter komme, aber auf Grund der Untersuchung des Nervensystems die begründete Überzeugung habe, daß die Patienten für eine Somnambulhypnose disponiert sind, suche ich eine solche geflissentlich herbeizuführen, besonders aber dann, wenn eine dauerhypnotische Behandlung indiziert erscheint.

Als zweiter Faktor, von dem der Heilwert der Hypnose abhängig ist, wurde der Glaube an die Hypnose genannt. In der Tat läßt sich nicht leugnen, daß hierin ein wirksames therapeutisches Moment gegeben ist, das aber im übrigen auch bei jeder anderen Heilmethode in der gleichen Weise in Betracht kommt. Ohne Glauben, ohne Hoffnung, ohne Vertrauen auf die Wirkung eines Heilfaktors werden wenige Heilwirkungen in der inneren Medizin zustande kommen. Insofern unterscheidet sich demnach die hypnotische Behandlung in nichts von anderen therapeutischen Methoden. Jedoch ist die Frage aufzuwerfen, ob dieser Faktor bei der hypnotischen Behandlung vielleicht eine besondere, ihr eigentümliche Rolle spielt. Diese Frage ist nach meiner Meinung entschieden zu verneinen. Zwar behaupten die Gegner der Hypnotherapie sehr häufig, daß der mystische Glaube es sei, der den eigentlichen Kern dieser Therapie bilde und ohne den diese Behandlungsmethode unwirksam sei. Doch ist dem sicherlich nicht der Fall. Im Gegenteil: wir haben gesehen, daß es zweckmäßig und notwendig ist, jedes mystische Moment aus der hypnotischen Therapie nach Möglichkeit auszuscheiden und dem Patienten eine Aufklärung über den wahren Zusammenhang der Dinge zu verschaffen. Es bedarf demnach keines blinden

Glaubens an irgend welche geheimnisvollen Kräfte, sondern lediglich derselben Faktoren seelischer Natur, die auch sonst für fast jede innere Therapie erforderlich sind: des Wunsches, gesund zu werden, der Hoffnung, der Erwartung, des Vertrauens zum Arzt und dergleichen mehr. In diesem Sinne ist der Glaube an die Hypnose, d. h. die indirekte Suggestivwirkung, die von der Hypnose als solcher ausgeht, ein berechtigter und wohl verwertbarer Heilfaktor. Daß dieser Glaube durch besondere Umstände eine eigene Nuancierung erhält, kann dabei dem Verfahren nicht zum Vorwurfe angerechnet werden. Denn es ist unvermeidlich, daß eine therapeutische Methode, die heute noch von den meisten Ärzten über die Achsel angesehen oder sogar verächtlich gemacht wird, die bisher leider noch so wenig Allgemeingut der Wissenschaft und Praxis geworden ist, in den Augen des Laienpublikums, besonders desjenigen Teiles, der vergeblich alle anderen therapeutischen Disziplinen in Anspruch genommen hat, eine ganz besondere Bedeutung gewinnt, die ihr ihrem ursprünglichen Wesen nach nicht zukommt.

Endlich sind es die direkten suggestiven Einwirkungen, die den Heilwert der hypnotisch-suggestiven Therapie bedingen. Wir haben im vorhergehenden die Natur der therapeutischen Suggestionen untersucht und festgestellt, daß sie keineswegs ein spezifisches Gepräge aufweisen, sondern mit den bekannten seelischen Einwirkungen der Psychotherapie auf eine Stufe zu stellen sind. Wir haben an dieser Stelle obige Behauptung zu ergänzen und zu modifizieren, um die Berechtigung der Anwendung der psychotherapeutischen Methoden in der Hypnose, statt wie sonst im Wachzustande, nachzuweisen.

Hier erhebt sich zunächst die Frage nach der Suggeribilität, auf die wir bisher noch nicht des näheren eingegangen sind. Ist die Suggeribilität in der Hypnose gesteigert und läßt sich die gesteigerte Suggeribilität in der Hypnose therapeutisch verwerten?

Nach meiner Auffassung haben wir zunächst die experimentelle von der therapeutischen Suggeribilität zu unterscheiden. Die experimentelle Suggeribilität ist nach meinem Dafürhalten in der oberflächlichen Hypnose nicht gesteigert, wohl aber in der tiefen, somnambulen Hypnose, deren spezifisches Merkmal die Steigerung und qualitative Veränderung der Suggeribilität bildet. Eine therapeutische Bedeutung hat jedoch diese Steigerung nicht. Abgesehen von einigen geringfügigen Ausnahmen, deren Hervorhebung nicht der Mühe wert ist, verzichte ich prinzipiell auf die Nutzbarmachung der experimentellen Suggeribilität, indem ich jedes Experiment, jede Halluzinierung des hypnotisierten Patienten aus der Therapie prinzipiell ausschalte. Obwohl es unter Umständen möglich ist, einen Schmerz, eine Depression, einen Schwächezustand der Patienten in tiefer Hypnose auf halluzinatorischem Wege zu beseitigen, habe ich längst gelernt, auf derartige vorübergehende, illusorische Erfolge zu verzichten.

Die therapeutische Suggeribilität beruht dagegen, wie ich gezeigt habe, nicht auf einer spezifischen Alteration des Seelenlebens, sondern vielmehr auf der psychologischen Verwertung normaler Elemente des Seelenlebens, wie der Hoffnung, Tröstung, Ermahnung, Belehrung, Anregung und dergleichen mehr. Diese therapeutische Suggeribilität aber ist, wie die tägliche Erfahrung lehrt, in jeder, auch der oberflächlichsten Hypnose quantitativ, nicht qualitativ gesteigert. Ich für meine Person wenigstens bin überzeugt — und zahlreiche Parallelversuche mit psychotherapeutischen Einwirkungen im Wachzustande und in der Hypnose beweisen mir dies —, daß die Belehrungen, Ermahnungen, Ermunterungen usw., die wir unseren Patienten im Wachzustande geben, in der Regel durchaus nicht so wirksam sind, als die gleichen Einflüsse, wenn wir sie in der Verkleidung einer noch so oberflächlichen Hypnose zur Anwendung bringen. Woran das liegt, ist psychologisch leicht verständlich. Im Wach-

zustande begegnet der Patient unseren psychotherapeutischen Auseinandersetzungen mit mangelhafter, unaufhörlich abgelenkter Aufmerksamkeit. Er unterbricht uns durch allerlei Einwände und Lamentationen. Er zwingt uns zu umständlichen Motivationen und Beweisführungen. Und er trägt schließlich von der ganzen ärztlichen Behandlung keine andere Erinnerung nach Hause, als daß der Arzt versucht habe, ihm seine Beschwerden „auszureden“. Ganz anders in der alleroberflächlichsten Hypnose: hier ist die volle Aufmerksamkeit des Patienten gesichert; Einreden sind ausgeschlossen; Argumente und Motivationen können auf das knappste Maß beschränkt, die gesamte Einwirkung viel präziser, kürzer und autoritativer gestaltet werden, so daß sie dem vorher haltlosen Kranken auch später in der Erinnerung deutlich und scharf umrissen vor Augen steht. Und schließlich hat der Patient das harmlose Bewußtsein, daß etwas anderes mit ihm vorgenommen worden ist, als eine bloße Unterhaltung, und zwar etwas, wovon eine wirkliche seelische Beeinflussung sehr wohl ausgehen kann, ohne daß der Patient zur Annahme derselben eines sacrificium intellectus bedürfte. Denn zweifellos könnte allenfalls auch beim Magnetisieren, Elektrisieren und sonst irgend einer indifferenten Behandlungsmethode etwas annähernd Analoges erreicht werden. Nur daß sich der Patient beim besten Willen einen Zusammenhang derartiger Heilfaktoren mit einer seelischen Beeinflussung nicht zusammen zu reimen vermag. Wer eine derartige Larvierung der psychotherapeutischen Methoden mit Hilfe hypnotischer oder vielmehr hypnoseähnlicher, pseudohypnotischer Maßnahmen prinzipiell verwirft, der ist entweder nicht genügend psychologisch orientiert, um in den Seelenzustand unserer nervösen Patienten mit dem erforderlichen Verständnis einzudringen. Oder er ist ein Zelot der Wahrheitsliebe, der in unärztlicher Weise auch den leisesten Schein der Täuschung ohne Rücksicht auf das Interesse seiner Patienten lediglich aus fanatischen

Gesichtspunkten heraus zu vermeiden strebt. Dabei möchte ich Dubois zugeben, daß es, streng theoretisch genommen, vielleicht wünschenswerter wäre, auf das indirekte Mittel der psychotherapeutischen Einwirkung zu verzichten, das wir in Gestalt des hypnotischen Verfahrens zur Anwendung bringen. Indessen, wer das systematisch versucht, wird sich vor der Einsicht nicht verschließen können, daß die Patienten, die der Psychotherapie bedürfen, in der Regel nicht diejenige Klarheit des Urteils und diejenige Festigkeit des Willens besitzen, die zur Durchführung ausschließlich direkter psychotherapeutischer Beeinflussungen unumgänglich notwendig sind. Eine Verteidigung des: mundus vult decipi, ist mit dieser Betrachtung nicht beabsichtigt. Denn im letzten Grunde ist es doch wohl sehr gleichgültig, ob der Patient den ärztlichen Ermahnungen folgt, bloß weil er von der Richtigkeit derselben felsenfest überzeugt ist, oder weil er, neben dieser Überzeugung, der theoretisch irrtümlichen oder vielmehr willkürlichen Auffassung huldigt, daß ihm durch die ärztliche Behandlung zu gleicher Zeit ein Anhalt geboten ist, an den er sich bei der Befolgung der gegebenen Anweisungen klammern kann oder sogar, wenn die subjektive Täuschung sehr groß ist, aus irgend welchen supponierten Gründen klammern muß.

Noch ist die Frage aufzuwerfen, in welcher Beziehung die geschilderte therapeutische Suggeribilität zu der Tiefe der Hypnose steht. Ich möchte antworten: in gar keiner. Es ist gar nicht abzusehen, warum die Faktoren, die wir für die therapeutische Beeinflussung der Hypnotisierten ebenso wie der wachen Personen als wesentlich erkannt haben und die mit dem blinden Glauben früherer Zeiten nichts mehr gemein haben, in der tiefen Hypnose qualitativ stärker ausgeprägt sein sollten, als in der oberflächlichen Hypnose oder im Wachzustande. Hängen sie doch nicht von irgend einer momentanen Beschaffenheit des Seelenzustandes, sondern lediglich von der sorgfältigen Analyse des Seelenlebens der

Kranken und der darauf gegründeten psychotherapeutischen Technik des Arztes ab. Auch in der tiefsten Somnambulhypnose kann man aber dem Patienten nicht eine größere Einsicht und eine verständigere Direktive seiner Krankheit gegenüber schaffen, als durch obige Faktoren bedingt ist. Daher verwerfe ich das Streben nach tiefen Hypnosen als überflüssig, sofern nicht eine Indikation für die therapeutische Verwertung der Hypnose als solcher gegeben ist.

Hiermit haben wir die Vorteile der Hypnose für die psychotherapeutischen Einwirkungen dargelegt: nunmehr sollen uns die Gefahren der Hypnose beschäftigen. Dabei liegt es nicht in dem Plane dieses Werkes, alle diejenigen Nachteile und Gefahren zu besprechen, die von übereifrigen Gegnern dem Hypnotismus zur Last gelegt worden sind. Ich werde mich darauf beschränken, von den Gefahren zu sprechen, die nach meiner Erfahrung mit einem mehr oder minder großen Schein von Recht behauptet worden sind.

Viele Autoren, z. B. auch Goldscheider, haben den ethischen Gesichtspunkt betont und gemeint, daß die Hypnose eine nicht menschenwürdige Sklaverei sei, da sie den Patienten in eine sklavische Abhängigkeit von seinem Hypnotiseur bringe. Das trifft sicherlich nicht zu für alle oberflächlichen Hypnosen, die ja, wie wir sahen, die überwiegende Mehrzahl aller Fälle betreffen. Es kann dagegen zutreffen für gewisse, übrigens durchaus nicht alle Fälle von Hysterie. Wie einige Hysterische unter Umständen alles übertreiben, nebenbei gesagt auch die Anwendung anderer therapeutischer Methoden, so kann sich gelegentlich auch bei ihnen eine gewisse Hypnosesucht entwickeln, die Mendel zu den widerwärtigsten Erscheinungen zählt, die es gibt. Indessen, es ist überaus leicht, dieser Gefahr zu begegnen. Es gilt schon lange als Regel, die hypnotische Behandlung der Hysterischen nicht ins Uferlose auszudehnen und zur rechten Zeit wieder abzubrechen. Hat man in einigen Wochen oder Mo-

naten, je nach der Schwere und Dauer des vorliegenden Krankheitsfalles, ein merkbares Resultat nicht erreicht, so bricht man die Behandlung, wie jede andere, einfach ab. Der Sucht mancher Patienten, die — erfolgreiche oder erfolglose — Hypnose immer wieder zu wiederholen, kann durch suggestive Einwirkungen jederzeit leicht ein Ziel gesetzt werden. Ja, es ist sogar, wie wir oben bereits bemerkt haben, eine technische Forderung der Suggestivtherapie, den Patienten allmählich die Überzeugung beizubringen, daß sie in immer steigendem Maße auch ohne Suggestion und Hypnose die psychotherapeutischen Gesichtspunkte zu realisieren imstande sind, die sich bei ihnen ärztlich notwendig erwiesen. Selbst der Gefahr des Mißbrauches der hypnotisierten Patienten durch andere Personen zu Schaustellungen, Verbrechen usw., sowie der Möglichkeit der spontanen Autohypnose kann durch eine zweckmäßige Technik der Suggestionen in genügendem Maße vorgebeugt werden.

Der Vorwurf der sklavischen Abhängigkeit des Hypnotisierten vom Hypnotiseur bezieht sich aber nach der Meinung vieler auch auf den hypnotischen Zustand selbst. Es ist menschenunwürdig, sagen die prinzipiellen Gegner des Hypnotismus, einen Menschen in einen Zustand zu bringen, in dem sein Bewußtsein, seine Kritik, sein freier Wille und seine Selbstbestimmung aufgehoben sind. Auch dieser Vorwurf ist nicht völlig von der Hand zu weisen. Aber er bezieht sich nur auf die tiefen Hypnosen, und vor allem nur auf die experimentelle Ausnutzung der Hypnose, die ich prinzipiell perhorresziere. In der therapeutischen Hypnose, wie ich sie geschildert habe, bestehen derartige Erscheinungen nicht, da wir jeden pathologischen Eingriff in das Urteils- und Willensvermögen der Patienten ängstlich vermeiden, ja sogar, die Einsicht und die Energie des Kranken positiv zu fördern bestrebt sind.

Daß die tiefe Hypnose an und für sich theoretisch geeignet ist, zu kriminellen Zwecken mißbraucht zu

werden, haben wir oben bereits, entgegen den Behauptungen der meisten Forscher, feststellen müssen. Doch beweist einerseits die forensische Erfahrung, daß diese theoretische Gefahr in praxi gleich Null ist; andererseits teilt die Hypnotherapie diesen Nachteil mit der Pharmakologie, deren Existenzberechtigung wohl noch niemand aus diesem Grunde bestritten hat. In den wenigen in der Literatur niedergelegten Fällen, die die kriminelle Bedeutung der Suggestionsmethode illustrieren sollen, hat sich zudem noch immer herausgestellt, daß der größte Teil der kriminellen Beschuldigungen nicht der suggestiven Technik der angeklagten Hypnotiseure, sondern vielmehr der Hysterie, dem Schwachsinn usw. seiner Opfer zuzuschreiben war.

Eine weitere Gruppe von Gefahren, die der Hypnose nachgesagt werden, bezieht sich auf die körperlichen und geistigen Schädigungen, die die Hypnose im Gefolge haben soll. Auch an dieser Behauptung ist ein wahrer Kern. Es ist richtig, daß die Hypnose zu Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen, Flimmern vor den Augen und anderen Störungen Anlaß geben kann. Aber die Bedingungen für das Eintreten dieser üblen Zufälle sind, wie Moll sehr richtig betont, genau bekannt und leicht zu vermeiden. Sie sind im wesentlichen auf die Vernachlässigung folgender Vorsichtsmaßregeln zurückzuführen: 1. Vermeidung andauernder Sinnesreize; 2. Vermeidung psychisch erregender Suggestionen; 3. Desuggestionieren vor dem Erwecken. Ad 1. Andauernde Sinnesreize führen z. B. bei zu lange ausgedehnter Fixation oder Faszination mitunter zu Augenbeschwerden und Kopfschmerzen. Daher ist die Zeit der Fixation und Faszination bei der Einleitung der Hypnose tunlichst abzukürzen und im allgemeinen die Anwendung verbaler Suggestionen vorzuziehen. Ad 2. Psychisch erregende Suggestionen sind aus den einleitenden Suggestionsformeln ebenso auszuscheiden, wie Experimente aus der Hypnose. Wenn Friedrich, ein früherer Assistent v. Ziemssens, bei

seinen Experimenten Schädigungen der Patienten sah, so liegt das nicht an dem hypnotischen Zustand als solchem, sondern an den unzweckmäßigen, schwer erregenden Experimenten und der mangelhaften Technik dieses Autors. Ad 3. Die Bedeutung der Desuggestionierung der bei der Einleitung der Hypnose hervorgerufenen Erscheinungen vor dem Erwecken ist bereits oben ausführlich besprochen worden.

Somit erübrigen sich die Vorwürfe derjenigen Autoren, die behauptet haben, daß die Hypnose zur Nervosität führe, oder, wie Liebermeister sich ausdrückt, daß es leichter sei, durch die Hypnose einen gesunden Menschen hysterisch zu machen, als eine Hysterie dauernd zur Heilung zu bringen. Nur für die abnormen somnambulhypnotischen Zustände, die wir oben ausführlich charakterisiert haben, muß die Möglichkeit einer Schädigung durch die Hypnose zugegeben werden, so daß ich hierin, d. h. in dem Nachweis abnormer Phänomene in oder nach der Somnambulhypnose Hysterischer, fast die einzige praktisch bedeutsame Kontraindikation gegen die therapeutische Anwendung der Hypnose erblicke. Im übrigen läßt sich aus der Diskussion über die Nachteile und Gefahren der Hypnose mit Entschiedenheit die Forderung rechtfertigen, daß das Hypnotisieren zu experimentellen und therapeutischen Zwecken den Laien verboten und nur den Ärzten erlaubt sein sollte, denen freilich die Gelegenheit geboten werden müßte, wie Crocq fils, Forel, Tatzel u. a. bereits nachdrücklich gefordert haben, diese ein spezielles Studium erheischende therapeutische Disziplin im akademischen Unterricht systematisch zu erlernen.

Um nicht einer Unterlassungssünde geziehen zu werden, will ich erwähnen, daß in einem Falle die Hypnose sogar zu einem Todesfalle Veranlassung gegeben haben soll. Es handelt sich um den Fall der Ella van Salomon in Budapest, an den sich eine ausgedehnte Diskussion in der Literatur angeschlossen hat. Eine

schwerkranke junge Dame, die von einem Laien, Neukomm, zu hellseherischen Experimenten im hypnotischen Zustande benutzt worden war, starb bei einem derartigen Experiment, als sie gerade aufgefordert worden war, die Krankheit eines Mannes zu beschreiben, der nach ihrer Ansicht dem Tode verfallen war. Es ist ein Meer von Tinte verschrieben worden, um die Frage zu erörtern, ob dieser Tod durch die bloße Vorstellung erfolgt sein könnte oder nicht. Ich habe kaum einen Zweifel, daß es sich hierbei um ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Die theoretische Möglichkeit, daß durch die heftige Erregung der schwerkranken Dame infolge der mit ihr vorgenommenen Experimente der Eintritt des Todes beschleunigt worden ist, kann jedoch nicht von der Hand gewiesen werden.

Zum Schlusse dieses Kapitels mögen die Indikationen der hypnotischen und suggestiven Behandlungsmethode noch einmal zusammengestellt werden, wie sie sich aus der vorangehenden Darstellung leicht ergeben. Ich gehe bei der Ableitung der therapeutischen Indikationen von drei Gesichtspunkten aus: 1. von der Persönlichkeit des Kranken; 2. von der Natur der Krankheit; 3. von der Art der anzuwendenden Heilfaktoren. Die typischen Indikationen, die sich von der Persönlichkeit des Kranken, sowie von der Konstitution seines Nervensystems und seiner Psyche herleiten, werden zunächst von denjenigen Patienten erfüllt, die durch einfache Methoden unschwer in eine echte Hypnose geraten. Wir haben gesehen, daß dies bei strenger Auffassung nur in bestimmten neuropsychischen Dissoziationszuständen der Fall ist, wie z. B. bei der Hysterie, den chronischen Intoxikationszuständen usf. In diesen Fällen aber braucht sich die Hypnotherapie irgendwelche weiteren Beschränkungen nicht aufzuerlegen. Sie ist bei den organischen Erkrankungen solcher Personen als indirektes Hilfsmittel — im Sinne einer besonders günstigen Gestaltung der Krankenpflege, der Diätetik, des Schlafes, der Stimmung,

der Erleichterung der Schmerzen usw. — ebenso angezeigt wie bei den funktionellen Erkrankungen, denen sie direkt beizukommen vermag. Wer einer weniger strengen Auffassung in bezug auf die Wertung der experimentell-hypnotischen Phänomene huldigt und demgemäß auch die mitteltiefen Hypnosen als Zustände sui generis ansieht, wird die typischen Indikationen dieser Gattung auch dementsprechend ausdehnen müssen, ohne daß jedoch die klinische Erfahrung es bisher erlaubt, für den Eintritt dieser Zustände bestimmte Regeln aufzustellen. Neben diesen typischen Indikationen möchte ich jedoch auch atypische Indikationen aus der Persönlichkeit der Kranken ableiten. Ich meine die große Gruppe derjenigen Personen, die, ohne eigentlich tief hypnotisierbar zu sein, für seelische Eindrücke leicht zugänglich und besonders empfänglich sind und deren Empfänglichkeit fast stets auch in der Art ihrer Erkrankung oder vielmehr in der Art ihrer seelischen Reaktion auf ihre Erkrankung zum Ausdrucke gelangt. Es sind das z. B. Personen von liebenswürdigem, lenkbarem Naturell, die von vornherein jedem Arzt mit ausgesprochenem Vertrauen entgegenkommen und die sich in jeder Weise bemühen, den Anweisungen des Arztes Folge zu leisten. Oder aber Personen, deren Stimmung und Energie eine große Labilität und negative Tendenz aufweist, solange sie auf sich selber angewiesen sind, die aber sofort in ihrem ganzen Seelensein gehoben werden, sobald sie an fremdem Zuspruch einen, wenn auch objektiv imaginären Halt haben. Auch diese atypischen Indikationen sind nicht ausschließlich auf rein funktionelle Krankheitszustände beschränkt, sondern sie beziehen sich auch auf die funktionellen Komplikationen der Schlaf-, Appetit-, Stimmungs-, Arbeits- usw. Störungen, die in solchen Fällen häufig die organischen Krankheitsbilder komplizieren und subjektiv verschlimmern.

Die zweite der angegebenen Indikationen basiert auf der Natur der Krankheiten. Die typischen Indika-

tionen dieser Gattung bilden die funktionellen Neurosen im weitesten Sinne des Wortes, wie sie in Form der Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, leichten melancholischen Verstimmungen, Zwangsvorstellungen, Angstzuständen, krankhaften Neigungen, funktionellen Sprachstörungen usw. im vorigen Kapitel besprochen wurden. Hier ist besonders darauf hinzuweisen, daß es nicht etwa bloß die hysterischen Krankheitszustände sind, die sich der Suggestivtherapie zugänglich erweisen. Vielmehr bieten gerade die nichthysterischen funktionellen Krankheitszustände, wie wir nachweisen konnten, eine günstigere Aussicht auf dauernde Besserung und Heilung. Die atypischen Indikationen dieser Gruppe erstrecken sich, wie oben, auf alle diejenigen Symptome und Krankheiten, die mit primären oder sekundären, funktionell-nervösen Veränderungen im Zusammenhang stehen, gleichviel welches im übrigen ihre pathologisch-anatomische Grundlage sei.

Die letzte der aufgeführten Indikationen endlich wird durch die Natur der Heilfaktoren bedingt, die wir bei der Suggestivtherapie zur Anwendung bringen. Es ist genügend betont worden, daß diese Natur eine rein funktionelle ist und daß das suggestive Zustandekommen der in der Literatur berichteten organischen Phänomene als eine indirekte Wirkung aufzufassen ist. Obwohl ich an dieser Auffassung festhalte, ist es doch, wie oben auseinandergesetzt wurde, möglich, auf suggestivtherapeutischem Wege auch organischen Krankheiten näherzutreten, vorausgesetzt, daß die neuropsychische Konstitution des Kranken einen indirekten seelischen Einfluß ermöglicht, oder daß mit den organischen Veränderungen primär oder sekundär heilbare nervöse oder seelische Komplikationen funktioneller Natur verbunden sind.

Hiermit sind die Indikationen der hypnotischen und suggestiven Therapie nach allen Richtungen hin gekennzeichnet. Als Kontraindikationen dieser Behandlungsmethode wüßte ich nur drei von durchschlagender Wir-

kung anzuführen: 1. die dauernde, unüberwindliche Skepsis, Abneigung und Widerspenstigkeit der Patienten gegen diese Art der Therapie; 2. das Auftreten schwerer abnormer hypnotischer Phänomene; 3. die Geisteskrankheiten, die unter Umständen zu einer Wahnbildung hypnotisch-suggestiven Inhaltes Veranlassung geben können.

Kapitel VI.

Theoretische Erläuterungen.

In diesem Schlußkapitel soll der Versuch gemacht werden, die theoretischen Gesichtspunkte, die für das Verständnis der hypnotischen und suggestiven Erscheinungen in Betracht kommen, einer kurzen Besprechung zu unterziehen. Dem Plane dieses Werkes gemäß soll die Darstellung, ohne auf irgend welche Vollständigkeit der Übersicht Anspruch zu erheben, auf das notwendigste Mindestmaß, das auch den Praktiker interessieren muß, beschränkt werden.

1. Die Theorie der Hypnose.

Der Begriff der Hypnose nach der älteren Auffassung, die indessen auch bei den modernen Vertretern des Faches noch immer vorherrschend ist, kann etwa folgendermaßen festgestellt werden: Die Hypnose ist ein gegenüber dem Wachleben veränderter Seelenzustand, in dem eine erhöhte Beeinflußbarkeit der Versuchspersonen für die Eingebungen des Experimentators besteht. Dieser Zustand wird künstlich hervorgerufen, dadurch, daß direkt oder indirekt bei der Versuchsperson die Vorstellung des Schlafes erzeugt und angenommen wird.

Gegenüber dieser fast allgemein geteilten Auffassung habe ich schon oben versucht, meine eigene Meinung dahin geltend zu machen, daß unter den sogenannten hypnotischen Zuständen mindestens zwei Arten prinzipiell voneinander zu scheiden sind: die oberflächlichen und die tiefen hypnotischen Zustände. Die oberflächliche Hypnose ist nach meiner Meinung kein dem Wachleben gegenüber wesentlich veränderter Seelenzustand, insofern die Qualität der seelischen Erscheinungen

hier nicht spezifisch beeinflußt erscheint. Vielmehr ist die oberflächliche Hypnose lediglich charakterisiert durch die Ruhe der willkürlichen Organe und durch die Konzentration der Aufmerksamkeit, verbunden mit einem mehr oder minder großen Müdigkeitsgefühl und einer gewissen Illusionierbarkeit. Daher habe ich vorgeschlagen, diese Zustände, die den Namen der Hypnose mit Unrecht tragen, als pseudohypnotische oder epistatische (ἡ ἐπίστασις = die Aufmerksamkeit) zu bezeichnen. Die tiefe Hypnose dagegen ist auch nach meiner Auffassung ein künstlich hervorgerufener, spezifisch veränderter Seelenzustand, der hauptsächlich durch eine erhöhte halluzinatorische Beeinflußbarkeit gegenüber allerhand Eingebungen gekennzeichnet ist, während ich die Schlafvorstellung auch für diese Zustände für unwesentlich halte.

Wenn es sich demnach darum handelt, die Theorie der Hypnose zu entwickeln, so wird diese Aufgabe für die oberflächlichen hypnotischen Zustände keinerlei Schwierigkeiten darbieten. Denn diese Zustände können jederzeit willkürlich hervorgerufen werden, da sie nur solche physiologischen und psychologischen Elemente aufweisen, die auch sonst der spontanen Aktivität der Seele unterworfen sind. Sie sind am besten mit den willkürlichen Anstrengungen parallel zu setzen, die dem gewöhnlichen Einschlafen der Menschen vorausgehen. Auch hierbei findet ja eine freiwillige Unterdrückung aller willkürlichen Organfunktionen statt. Desgleichen eine bewußte oder instinktive Konzentration der Aufmerksamkeit, sowie eine aktive Hingabe an die mehr oder minder deutliche Empfindung der Ruhe, der Müdigkeit und des Einschlafens. Der einzige Unterschied, abgesehen davon, daß die oberflächlichen hypnotischen Zustände auf Anregung eines anderen, das Einschlafen dagegen durch den eigenen Willensentschluß eingeleitet wird, ist der, daß die Aufmerksamkeit in den oberflächlichen hypnotischen Zuständen geteilt ist zwischen der Empfindung der Ruhe, Müdigkeit usw. und den psychotherapeutischen

Einwirkungen des Hypnotiscurs. Das Bewußtsein, das Urteilsvermögen, der Wille der Versuchspersonen in diesen Zuständen ist — abgesehen von den Urteilstäuschungen, die ja auch im Wachleben durch geeignete Maßnahmen hervorgerufen werden können — durchaus in der gleichen qualitativen Verfassung wie im vollen Wachsein.

Minder einfach gestaltet sich der Versuch, eine Theorie der tiefen hypnotischen Zustände aufzustellen. Bevor wir an dieses Unternehmen gehen, ist es notwendig, die Beziehungen der somnambulhypnotischen Zustände zum Schlafe einerseits, zur Hysterie andererseits zu untersuchen.

Ist der durch die hypnosigenen Maßnahmen erzeugte Zustand ein wirklicher Schlaf? In der Beantwortung dieser Frage, die naturgemäß für das Verständnis der Hypnose selbst und der hypnotischen Erscheinungen von größter Wichtigkeit ist, gehen die Meinungen der Autoren weit auseinander. Während die einen jede Wesensgleichheit mit dem Schlafe leugnen (Wundt, v. Krafft-Ebing, Mendel, Döllken, Max Hirsch und andere), halten die anderen Hypnose und Schlaf für mehr oder weniger identisch (z. B. Liébeault, Forel, Lehmann, Vogt u. a.). Wieder andere nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein, indem sie zwar die leichten Grade der Hypnose als nicht zum Schlafe zu rechnende Zustände bezeichnen, die tiefe Hypnose aber einen echten Schlaf nennen (z. B. Bernheim, Kraepelin, Delboeuf, Moll u. a.). Die Schwierigkeit, diese Frage zu entscheiden, liegt in dem Umstande, daß wir, wie weiter unten auszuführen sein wird, im Grunde genommen über das Wesen des Schlafes gerade so wenig wissen wie über das Wesen der Hypnose. Wir müssen uns daher darauf beschränken, die hierher gehörigen Fragen vom psychologischen Gesichtspunkte aus zu betrachten, indem wir die Erscheinungen miteinander vergleichen, welche den beiden Zuständen des Schlafes und der Hypnose eigen-

tümlich sind. Hierbei ergeben sich folgende Differenzpunkte, wenn wir zunächst den Schlaf mit der eigentlichen, somnambulen Hypnose vergleichen.

Der Eintritt und die Dauer des normalen Schlafes sind nach meiner Meinung in allen Fällen über eine gewisse Zeitstrecke ausgedehnt. Er vollzieht sich nicht ohne gewisse Übergangsstufen aus dem Wachleben, die wir als Müdigkeit, Schläfrigkeit und dergleichen empfinden. Der Eintritt der tiefen Hypnose dagegen kann ein völlig blitzartiger sein. In vielen Fällen genügt ein Wort, eine Geste, ein Blick, um momentan den Wachzustand in den somnambulhypnotischen Zustand überzuführen. Auch können echte normale Somnambulhypnosen von nur sekundenlanger Dauer leicht hergestellt werden. Ich halte diesen Unterschied für so auffällig, daß er mir für die Behauptung der Verschiedenartigkeit der beiden Zustände schon fast allein ausreichend zu sein scheint. Loewenfeld hat dagegen eingewendet, daß dieses Argument durch alltägliche Erfahrungen völlig hinfällig gemacht werde. Auch der Eintritt des natürlichen Schlafes könne sich äußerst rasch, von einem Momente zum anderen vollziehen. Bei Individuen mit sehr gutem Schlafe sei in Zuständen größerer Ermüdung dieses plötzliche Einschlafen durchaus keine Seltenheit. Mir scheint, als wenn Loewenfeld mit diesem Einwande den Kern des von mir angeführten Argumentes nicht getroffen hätte. Selbstverständlich erfolgt der Übergang des Wachbewußtseins in die Bewußtlosigkeit des Schlafes streng genommen stets, auch normalerweise, in einem einzigen Zeitmoment. Aber niemals, und darauf allein kommt es an, ohne psychische Vorboten, Vorbereitungen oder Übergangserscheinungen, die in den Fällen größerer Ermüdung, die Loewenfeld zitiert, eben bereits in protrahierter Weise in dem vorhandenen Müdigkeitsgefühl usw. gegeben sind.

Eine zweite Differenz zwischen dem Schlafe und der tiefen Hypnose betrifft das Verhalten des gesamten

Seelenlebens in diesen Zuständen selbst. Das Bewußtsein des Hypnotisierten ist nach meiner Auffassung ein Wachbewußtsein. Seine Sinnesorgane, seine motorischen Funktionen, seine Aufmerksamkeit, sein Urteil, sein Gefühls- und Willensleben sind, sofern sie nicht suggestiv beeinflußt sind, völlig den bezüglichen Funktionen der wachen Seele analog. Der tief Hypnotisierte ist durchaus über Zeit und Raum orientiert. Er geht, spricht, reagiert, eventuell sogar mit offenen Augen, genau wie ein Wacher. Auch seine Erinnerung nach der Hypnose ist, von suggestiven Einflüssen abgesehen, in der Regel völlig intakt. Der Schläfer dagegen ist bewußtlos. Denn das Traumbewußtsein, das er, wahrscheinlich auch nur zeitweise und im Halbschlafe oder im Übergangsstadium zum Erwachen, haben kann, ist von durchaus anderer Qualität als das Wachbewußtsein. Er ist ferner unorientiert über Zeit und Raum. Seine Sinnesorgane, seine Aufmerksamkeit, sein Urteil, sein Gefühl, seine Willkür sind außer Funktion. Nach dem Erwachen erst kehrt das vorher unterbrochene Bewußtsein zurück, ohne daß eine direkte Erinnerung an den Schlafzustand bestände, abgesehen von der Erinnerung an die Traumvorgänge, deren Erörterung hier nicht weiter verfolgt werden kann. Auch aus dieser Analyse des Zustandes selbst resultiert die Wesensverschiedenheit zwischen dem Schlafe und der Hypnose.

Dazu kommt endlich diejenige Erscheinung, die für die echte Hypnose charakteristisch ist, und die dem Schlafe völlig abgeht: das ist die Suggeribilität. Eine Erscheinung, die so eigenartig und rätselhaft ist, daß wir ihr nicht einmal eine Analogie zur Seite stellen können.

Neben diesen Differenzpunkten gibt es indessen doch auch einige, wenn auch unbedeutende Berührungspunkte zwischen dem Schlafe und der Hypnose. Es ist zunächst nicht zu leugnen, daß die Hypnose eine gewisse Schlafähnlichkeit aufweisen kann. Dies gilt besonders für die

oberflächlichen hypnotischen Zustände, die ja, wie wir gesehen haben, keine eigentlichen hypnotischen Veränderungen darbieten. Hier bemühen wir uns geflissentlich, der Versuchsperson den Eindruck der Schläfrigkeit, oder wenn man will, die Illusion des Schlafes beizubringen. Gewiß; aber dieser subjektive Eindruck der Schläfrigkeit ist nicht mit einem wirklichen Schlafzustande zu identifizieren. Wir suchen ihn faute de mieux hervorzurufen, da eben wirkliche hypnotische Veränderungen in diesen oberflächlichen Zuständen fehlen, irgend eine Umschreibung des Zustandes der Versuchsperson gegenüber aber stattfinden muß, um den Boden für die suggestivtherapeutischen Einwirkungen vorzubereiten. Im übrigen aber ist diese subjektive Illusion kaum je eine vollständige. Die oberflächlich Hypnotisierten wissen in der sogenannten Hypnose ganz genau anzugeben, daß sie nicht eigentlich schlafen, ebenso wie sie auch nach der Hypnose, falls sie überhaupt imstande sind, sich wissenschaftlich über ihre Empfindungen Rechenschaft zu geben, wissen, daß ihr Bewußtsein im Grunde genommen wach geblieben war. Gegenteilige Angaben oberflächlich Hypnotisierter sind m. E. mit Vorsicht aufzunehmen, da sich wohl die meisten Laien über den psychologischen Begriff des Schlafes im strengeren Sinne nicht klar sein dürften. Jedenfalls beweist die Schlafähnlichkeit der oberflächlichen Hypnose nichts für das Wesen der eigentlichen Hypnose, da ja eben die oberflächlichen hypnotischen Zustände nach meiner Auffassung im Grunde Wachzustände ohne spezifische Alteration des Seelenlebens sind.

Aber auch die tiefe Somnambulhypnose kann den Charakter einer weitgehenden Schlafähnlichkeit annehmen. Kein Wunder; denn wenn wir einem Somnambulhypnotischen suggerieren, daß er schlafe oder schlafen werde, so realisiert sich diese Suggestion genau so prompt, wie sich jede andere Suggestion bei ihm realisiert. Daher der schlafähnliche Eindruck der tiefen Hypnosen, zumal wir ja selbst für die Bezeichnung des Hypnotisiertseins

der Versuchsperson gegenüber keinen anderen Ausdruck haben als das Wort: schlafen. Jedoch handelt es sich hierbei nicht um eine spontane, der tiefen Hypnose als solcher charakteristische Erscheinung, sondern lediglich um eine künstlich in das Bild derselben hineingetragene Nuance, die in Wirklichkeit auch fortgelassen oder suggestiv aufgehoben werden kann, ohne daß dadurch die spezifischen Merkmale der Somnambulhypnose verloren gingen. Daher ist es möglich, einen tief Hypnotisierten mit offenen Augen wie einen Wachen im Zimmer umhergehen zu lassen, ohne daß seine Suggeribilität dadurch irgendwie beeinträchtigt würde. Trotzdem wird der Somnambulhypnotische nach dem Erwecken in der Regel behaupten, geschlafen zu haben. Denn erstens fehlt es ihm an einer anderen Bezeichnung für den Seelenzustand, in dem er sich befand. Sodann aber schließt er aus der Erinnerungslosigkeit unmittelbar nach dem Erwecken auf einen vorangehenden Schlaf als den einzigen ihm bekannten Zustand, der durch diese Erscheinung ausgezeichnet ist. Eine derartige Aussage beweist aber natürlich nichts für die psychologische Analyse des Wesens der beiden in Vergleich stehenden Zustände.

Endlich muß noch ein letzter Berührungspunkt angegeben werden zwischen dem Schlafe und der tiefen Hypnose: es gibt zweifellos Übergangsstufen und wechselseitige Vertretungen zwischen diesen beiden Zuständen. Statt der Hypnose kann, wie wir gesehen haben, durch unsere hypnosigenen Methoden ein echter Schlaf hervorgerufen werden. Andererseits gibt es abnorme somnambulhypnotische Zustände bei Hysterischen, in denen die charakteristischen Phänomene der spezifischen Hypnose fehlen und statt dessen ein mehr oder minder abnormer Schlafzustand mit aufgehobenem Bewußtsein in die Erscheinung tritt. Umgekehrt soll auch der normale Schlaf nach der Behauptung zahlreicher Autoren in eine echte Hypnose übergeführt werden können, was mir freilich nur für diejenigen Personen zuzutreffen scheint, die

auch aus dem Wachleben in die tiefe Hypnose versetzt werden können. Wie dem auch sein mag, so scheinen mir jedenfalls diese Übergangsstufen und Vertretungen zwischen zwei gesonderten Zuständen für ihre Wesensverschiedenheit und nicht für ihre Identität zu sprechen.

Im Anschluß an diese Erörterung der Beziehungen zwischen der Hypnose und dem Schlafe wollen wir die Beziehungen der Hypnose zur Hysterie kurz besprechen. Die ältere Charcotsche Schule erklärte die tiefe Hypnose für einen modifizierten hysterischen Zustand. Dieser Auffassung schließt sich Gilles de la Tourette an, wenn er bemerkt: „L'hypnotisme n'est pas autre chose qu'un paroxysme hystérique, qui est provoqué au lieu d'être spontané.“ Ein ähnlicher Standpunkt wird in Deutschland besonders von Strümpell und Binswanger vertreten, während Mendel und Semal die Hypnose sogar als eine künstlich erzeugte Psychose bezeichnen. Im Gegensatze zu dieser Anschauung behauptet die Nancyer Schule, daß die Hypnose mit der Hysterie nichts zu tun habe, daß sie überhaupt keinen krankhaften, sondern lediglich einen artifiziell erzeugten, eigenartigen, physiologischen Zustand darstelle, dessen Merkmal in der Steigerung der auch im Wachleben vorhandenen Suggeribilität bestehe.

Meine eigene Auffassung neigt mehr dem Charcotschen Standpunkte zu, ohne sich jedoch völlig mit ihm zu decken. Zunächst kann darüber m. E. kein Zweifel sein, daß die oberflächlichen hypnotischen Zustände mit der Hysterie nichts, aber auch rein gar nichts zu tun haben, wie aus den obigen Ausführungen zur Genüge hervorgehen dürfte. Die tiefe Somnambulhypnose dagegen hat nach meiner Meinung insofern eine innere theoretische Beziehung zur Hysterie, als sie wahrscheinlich die gleiche neuropsychische Dissoziation zur Grundlage hat, wie sie auch für die hysterische Konstitution charakteristisch erscheint. Trotzdem würde ich nicht so weit gehen, die normale Somnambulhypnose kurzer Hand als einen künst-

lich hervorgerufenen hysterischen Anfall zu bezeichnen. Dagegen spricht das völlig verschiedene Verhalten der Hypnotisierten im Vergleich zu den Hysterischen im Anfalle. Die Hypnotisierten machen normalerweise den Eindruck vollkommener Ruhe und zeigen keinerlei spontane Reaktionen. Die Hysterischen dagegen bieten im gewöhnlichen Anfalle eine Reihe charakteristischer spontaner Phänomene dar, als klonisch-tonische Zuckungen, Schreie, Affektäußerungen, Atmungsveränderungen und dergleichen mehr.

Auf der anderen Seite indessen sind, von der wahrscheinlichen Übereinstimmung der physiologischen Grundlagen beider Zustände abgesehen, doch auch eine Reihe von praktischen Erfahrungen dafür ins Feld zu führen, daß zwischen der Hysterie und der genuinen Hypnose engere Beziehungen obwalten müssen. Hierher zählt zunächst die Beobachtung, daß in den Fällen von Hysterie, in denen normale Somnambulhypnosen erzielt werden können, in der Regel auch spontane Schwindelanfälle mit Bewußtseinstrübung zu irgend einer Zeit des Lebens vorhanden waren, die mit den provozierten hypnotischen Zuständen derselben Patienten eine unverkennbare Ähnlichkeit aufweisen. Es handelt sich dabei um Anfälle von hysterischem Petit Mal oder um sogenannte hysteroepileptische Anfälle, in denen die gewöhnlichen Charakteristika hysterischer Anfälle mehr oder weniger zurücktreten und in denen die einfache Bewußtseinstrübung, der hysterische Schwindel- oder Dämmerzustand, das Bild des Anfalles beherrscht. Gerade in solchen Fällen habe ich die typischen Formen der Somnambulhypnose stets am leichtesten erzielen können, sei es aus dem Wachsein, sei es aus den spontanen Anfällen der Patienten heraus. Dagegen sehen wir umgekehrt in denjenigen Fällen, in denen die gewöhnlichen hysterischen Krampfanfälle mit motorischen Reizerscheinungen usw. vorhanden sind, nicht selten auch in der Hypnose mehr oder weniger ausgeprägte hysterische Erscheinungen der

gleichen Art auftreten. Ja, es gibt sogar Fälle, wie oben beschrieben wurde, in denen die abnormen hypnotischen Zustände sich durch nichts von den spontanen hysterischen Anfällen derselben Patienten unterscheiden. Ich bin daher geneigt, eine nahe Wesensverwandtschaft der hypnotischen und hysterischen Erscheinungen anzunehmen, ohne aber ihre Identität in allen Einzelheiten behaupten zu wollen. Jedoch halte ich immerhin, wie bereits früher erwähnt, die echte Hypnose für eine pathologische Erscheinung, deren Harmlosigkeit bei verständiger Technik allerdings für mich außer Frage steht.

Nach diesen Vorbemerkungen wollen wir die Theorien Revue passieren lassen, die zur Erklärung der tiefen, eigentlichen Hypnose aufgestellt worden sind. Beginnen wir mit den physiologischen Theorien.

Viele Autoren haben eine Veränderung der Blutzirkulation im Gehirn als Ursache der hypnotischen Zustände angesprochen. Braid vermutete eine Anämie der Großhirnrinde in der Hypnose, ebenso Carpenter; Hack Tuke denkt an einen partiellen Gefäßkrampf in der Hirnrinde. Landmann nimmt an, daß die Hypnose durch eine künstlich bedingte Anämie und Funktionsunfähigkeit der sämtlichen subkortikalen Ganglien und Hirnrindenzellen bedingt sei und auf einer Untätigkeit der verbindenden Nervenfäden beruhe. Solvioli, Bouchut, Langlet, Czerny, Pick, Lange u. v. a. glauben dagegen, daß die Hypnose durch eine Hyperämie des Gehirns zustande komme. Cappie meint, daß durch vermehrte Tätigkeit eine Hyperämie der motorischen Zentren in der Hypnose stattfinde und zu gleicher Zeit eine Anämie anderer Hirnteile, die zum Bestehen des Bewußtseins notwendig seien. Krarup beschuldigt als Ursache der Hypnose eine primäre Kontraktion der A. carotis int. oder eine Erhöhung der nervösen Aktivität in dem Plexus carot. int., sowie eine sekundäre Erweiterung der A. carotis ext. und A. vertebr. infolge des Kollateralkreislaufes. Die motorischen und sekretorischen Phäno-

mene des hypnotischen Zustandes kommen nach ihm zustande dadurch, daß die erweiterten Halsarterien auf die benachbarten Hirnnerven (III, IV, VII) drücken. Außerdem soll das Rückenmark mehr Blut erhalten, besonders durch die Aa. spinales post., welche dann direkt auf die hinteren, sensibeln Wurzeln des Rückenmarkes drücken. Diese Erregung pflanzt sich dann nach Krarup in den Verzweigungen der Wurzeln entsprechend fort und ruft einen Reflextonus in den vorderen, motorischen Wurzeln hervor, der sich in Form der Katalepsie äußert. Auch Meynert, Tamburini und Seppilli haben in einer Veränderung der Blutzirkulation im Zentralnervensystem die Ursache der Hypnose erblicken wollen. Zur Kritik dieser Art von Theorien genügt die Mannigfaltigkeit der einander diametral widersprechenden Variationen, die von den einzelnen Autoren zur physiologischen Erklärung des hypnotischen Zustandes herangezogen werden. Es ist ein großes Verdienst von Brodmann, in einer Reihe sorgfältiger und umfangreicher Experimentaluntersuchungen an einer trepanierten Versuchsperson gezeigt zu haben, daß den verschiedenen Formen und Phasen des Schlafes überhaupt keine konstanten Veränderungen des Hirn- oder Armvolumens entsprechen, daß vielmehr die zirkulatorischen Verhältnisse beim Einschlafen, im Schlafe selbst und beim Erwachen so regellose und von so mannigfachen Nebenbedingungen abhängige sind, daß man mit Sicherheit heute nur die eine Behauptung rechtfertigen kann: daß nämlich in einer Zirkulationsänderung im Gehirn weder die alleinige Ursache noch auch nur eine konstante Begleiterscheinung des Schlafes und der Hypnose gelegen sein kann.

Eine andere Gruppe von physiologischen Theorien zur Erklärung der Hypnose nimmt ihren Ausgang von der Nervenfunktion selbst. So vermutet Heidenhain als Ursache des hypnotischen Zustandes eine Tätigkeitshemmung der Ganglienzellen der Großhirnrinde, welche herbeigeführt wird durch schwache anhaltende Reizung

der Hautnerven des Antlitzes (leises Bestreichen, schwache elektrische Ströme), oder der Sehnerven (Hinstarren auf einen glänzenden Knopf), oder der Hörnerven (gleichmäßige monotone Geräusche). Dagegen wendet Moll mit Recht ein, daß die einfache Reizung der Sinnesnerven nicht zur Hypnose führt, wenn nicht, bewußt oder unbewußt, die Vorstellung des Schlafes hinzukommt. Außerdem erklärt die Theorie Heidenhains nicht die verbalsuggestive Entstehung der Hypnose, bei der keinerlei periphere Reizungen in Frage kommen.

Eine ähnliche Theorie der Hypnose ist von Schleich aufgestellt und als „Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes" beschrieben worden. Auch Schleich geht von dem Begriffe der Hemmung aus, aber er bekämpft den unreellen, rein phantastischen Hemmungsmechanismus, mit dem die meisten Autoren bei der Aufstellung ihrer Schlaftheorien wirtschaften. Er schreibt der Neuroglia die Rolle eines Isolationsmechanismus zu, deren aktive Funktion in der Hemmung der elektroiden Spannung der Achsenzylinder usf. liegt. Die Aktionsfähigkeit dieses Isolierapparates beruht nach ihm auf einer wechselnden Plasmafüllung der Neurogliaprotoplasmamasse. Die Mooszellen der Neuroglia, die die Achsenzylinder umspinnen wie die Seidenfäden die elektrischen Drähte, stehen in Verbindung mit den perivaskulären Lymphräumen der Hirngefäße, ferner mit tieferen sympathischen Zentren, durch die Vermittlung der Vasomotoren der Hirngefäße. Daher der Einfluß der Blutfülle und der Blutleere auf die Großhirnfunktionen. Nach Schleich bewirkt demnach Hyperämie stärkere Plasmafüllung der isolierenden Neurogliaplasmazellen, daher stärkere Isolation, also Hemmung, i. e. Gliaaktion. Anämie dagegen erzeugt Neurogliaschwächung, verminderte Isolation, ungehemmte Erregungsfähigkeit der Ganglien, Vermehrung der Assoziationen usw. Schleich faßt daher den Schlaf und die Hypnose auf als „einen durch Anpassung und Vererbung erlernten Mechanismus

der Hemmung zwecks Ausschaltung des läsibeln, jüngsten, bildungs-, wachstums- und schonungsbedürftigen Teiles der Großhirnrinde. Er tritt ein, wenn von den Zentren des schon definitiv regulierten, mehr vegetativen Lebens auf dem Wege des Reflexes die Neuroglia in Aktion versetzt wird. Das geschieht einmal periodisch und ist eine dem Organismus von außen aufgezwungene Notwendigkeit (Eintritt der Nacht, Fehlen des Sonnenlichtes), oder aber er stellt sich atypisch ein, wenn dieser Reflex auf andere Weise zur Auslösung gelangt (Übermüdung, Hypnose, Vergiftungen, pathologische Reflexanomalien, Störungen der Gefäß- und Nervenfunktion). Der Somnambule, ja der Schlafende überhaupt, tritt damit zurück in einen Zustand, in welchem eine Vorperiode psychischer Fähigkeiten den einzigen Bestand des Bewußtseins ausmachte, und so dürfte man den Schlaf, die Hypnose und den Somnambulismus auffassen als ein periodisches Zurücksinken in frühere Daseinsperioden." — „Nach dieser Anschauung enthalten sowohl der künstliche Schlaf, wie die kataleptischen Zustände, sowie die somnambulischen Aktionen der Hypnose deshalb nichts Rätselhaftes mehr, weil hiernach keine Ausschaltung der ganzen Hirnrinde wie nach den früheren Theorien bei der Hypnose angenommen zu werden braucht. Denn diese hypothetische Hemmung der Gesamthirnrinde würde es unbegreiflich machen, wie vollkommene Nachahmungen, wie z. B. das Nachsingen, zustande kommen können, während nach der obigen Theorie die Freilassung aller unterbewußten, tieferen Schichten der Rinde von der Neurogliahemmung, die Möglichkeit aller exzitomotorischen Aktion, angeregt durch die Inanspruchnahme der Sinnesorgane, ohne Bewußtseinssynthese sehr wohl besteht. Darum kann ein Hypnotisierter nachahmen, wandeln, bestimmte Aufträge erfüllen, ohne in seinem Bewußtsein auch nur eine Spur Empfindung oder Erinnerung davon zu haben, was er tut oder getan hat. Es spielt sich eben alles im Unterbewußtsein ab." So geistreich

diese Theorie anmutet und so sehr sie scheinbar geeignet ist, alle Phänomene der hypnotischen Zustände zu erklären, so wenig vermag sie einer genaueren Kritik standzuhalten. Zunächst sind das Unterbewußtsein und der Atavismus zwei Begriffe, mit denen sich schlechthin alles erklären läßt, deren Anwendbarkeit auf dic in Frage stehenden Phänomene aber, abgesehen von ihren sonstigen nicht geringen Bedenken, entschieden bestritten werden muß. Es ist nicht wahr, daß das Bewußtsein der Hypnotisierten keine Spur Empfindung oder Erinnerung davon hat, was die Person tut oder getan hat. Wenigstens normalerweise nicht; nur durch suggestive Einwirkungen innerhalb der Hypnose kann eine solche Alteration des Seelenlebens jederzeit hervorgerufen und wieder aufgehoben werden. Aber dies geschieht nicht etwa durch einen peripheren Reiz, der auf die Sinnesorgane des Hypnotisierten einwirkt, sondern lediglich durch das Wort des Experimentators, das die seelischen Funktionen des Hypnotisierten nach Belieben momentan aus- und einschaltet. Sollte die Neurogliahemmung wirklich so prompt dem Zureden des Hypnotiseurs gehorchen? Sollteu wirklich die Seelenerscheinungen so schnell und so völlig nach dem Belieben des Experimentators zwischen dem Ober- und Unterbewußtsein des Hypnotisierten hin- und herpendeln uud durcheinanderschwingen? Z. B. wenn der Hypnotisierte, in der einen Hand ein Messer, iu der anderen ein Taschentuch, auf eine diesbezügliche Suggestion prompt zwei Messer zu haben behauptet, deren Unterschiede bezüglich der Größe, Farbe usw. er bis ins kleinste Detail hinein beschreibt? Überhaupt kann der Begriff der Hemmung, der ja vielfach zur Erklärung der hypnotischen Phänomene von den Autoren herangezogen wird, nicht in dem gewöhnlichen, physiologischen Sinne des Wortes in der Hypnose in Frage kommen. Der Hypnotisierte ist physiologisch in nichts, psychisch spontanerweise ebenfalls fast in nichts gehemmt. Nur kann durch verbale Suggestion eine psy-

chische Hemmung in dem Ablauf seiner Seelenphänomene hervorgerufen und ebenso auch momentan wieder beseitigt werden. An der Erklärung dieser psychischen, in das Belieben des Hypnotiseurs gestellten Hemmung der Seelenfunktionen des Hypnotisierten aber scheitert, von zahlreichen anderen Schwierigkeiten ganz abgesehen, diese und leider auch, wie wir später sehen werden, jede andere Theorie der Hypnose.

Trotzdem wollen wir uns die Mühe nicht verdrießen lassen, den mehr oder minder geistreichen Hypothesen der Autoren über das Wesen der Hypnose weiter nachzugehen. Den nächsten Platz nehme eine anatomisch-histologische Theorie der Hypnose ein. Van de Lanoitte und Pupin gehen von der Entdeckung von Golgi und Ramon y Cajal aus, nach der die Nervenzellen untereinander nicht durch Kontinuität, sondern durch einfache Kontiguität der Endverzweigungen der Achsenzylinder einer Nervenzelle mit den Protoplasmafortsätzen einer anderen Nervenzelle in Verbindung stehen. Lockerung oder Lösung des Kontaktes der Endbäumchen müßte daher Hemmung oder Ausfall der Leitungsfähigkeit bewirken. Nun beruhen aber alle Leistungen der Nervenelemente nach den genannten Autoren auf Schwingungen oder Strömungen, deren Fortpflanzung sich nach Art der elektrischen Induktion vollzieht. Es liegt daher die Annahme nahe, daß die funktionellen Störungen des Nervensystems, unter anderem auch die Hypnose und der normale Schlaf, auf einer Erschwerung oder Unterbrechung dieser Kontaktübertragung, also auf einer Unmöglichkeit der Ableitung von Reizen beruhen, die ihre physiologisch-anatomische Ursache in der Verkürzung resp. gänzlichen Vernichtung der unter normalen Verhältnissen den Kontakt herstellenden feinsten Endverzweigungen der Neurone hat. Diese Annahme liegt um so näher, wenn man bedenkt, daß die Nervenzellen ursprünglich nichts weiter als Amöben sind, die ihre Pseudopodien ausstrecken oder zurückziehen. Die Verlängerung resp.

Aussendung solcher fingerförmigen Fortsätze würde die Übertragung des nervösen Erregungsvorganges von einem Neuron auf ein anderes erleichtern, eine lebhaftere Tätigkeit der Nervenfunktionen auslösen, die sich auf motorischem Gebiete zu erhöhter Reflexerregbarkeit, Krämpfen, Kontrakturen und Konvulsionen, auf sensibelm Gebiete zu Parästhesien, Hyperästhesien und Neuralgien, auf psychischem Gebiete endlich zu hypomanischen, maniakalischen und deliranten Zufällen steigern kann. Umgekehrt müßte eine Zurückziehung dieser Ramifikationen die Lockerung und Verminderung der Kommunikationen zwischen den Nervenelementen, infolgedessen eine Erschwerung oder Aufhebung der nervösen Leistungen verursachen, z. B. Anästhesien, Paresen und psychische Hemmungen. Tee, Kaffee, Tabak, Alkohol würden demnach direkt den Amöboismus der sich berührenden nervösen Endorgane steigern, Morphium dagegen die Kontaktverbindungen lockern. Ebenso könnten psychische Momente im Sinne des Reizanstoßes oder einer Konzentration der psychischen Tätigkeit auf das eine oder andere Geistesgebiet wirken und die funktionellen Zustände des Nervensystems verändern. In diesem Sinne sollen die Suggestionen und der hypnotische Zustand wirken. Nach van de Lanoitte und Pupin wäre demnach der Hypnotismus imstande, ein Ausstrecken oder Zurückziehen der Protoplasmafortsätze zu erzeugen, dadurch Hemmungszentren zu schaffen, krankhafte Bahnen zu unterdrücken und unterbrochene Verbindungen wieder anzuknüpfen, kurz, die nervöse Induktion herzustellen oder aufzuheben, wo sie abnorm war, und infolgedessen Kontrakturen, Lähmungen und Schmerzen zum Verschwinden zu bringen. Auch diese Theorie, die in Frankreich zahlreiche Anhänger zählt, hat den Vorzug, alle rätselhaften Erscheinungen der Hypnose und Suggestion zu erklären. Aber auch sie leidet an dem nicht zu übersehenden Fehler, daß die Grundlagen, von denen sie ausgeht, nachweislich falsch sind. Die Lehre von der Kon-

tiguität der Neurone ist zwar eine Zeitlang in der Histologie allgemein anerkannt worden. Indessen hat sich durch neuere Forschungen von Held, Dogiel, Arnold, Wagner u. a. herausgestellt, daß zwar in der ersten Entwicklungszeit des Nervensystems zwischen den Endverzweigungen der Achsenzylinder und der Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen eine deutliche Demarkationslinie vorhanden ist, daß aber nach kurzer Zeit bereits diese Trennungslinie verschwindet und ein kontinuierlicher Übergang zwischen beiden, also eine Verwachsung der Neurone untereinander stattfindet. Aber auch ohne diesen Nachweis wäre die histologische Theorie der Hypnose m. E. hinfällig. Denn ohne eine schwindelnde Phantasie kann man sich doch wohl kaum vorstellen, daß im lebenden Gehirn, einer Masse von immerhin steifbreiiger Konsistenz, unzählige Fortsätze unausgesetzt sich durcheinanderwirren, sich zusammenlegen und wieder auseinanderfliehen, wie es das tausendfältige Spiel der Gedanken mit sich bringen müßte. Denn, wenn man schon an eine Lokalisation der seelischen Vorgänge in der Hirnrinde im Sinne der modernen Auffassung glaubt, so ist doch das eine sicher, daß jeder Vorstellung, jedem Begriff, jedem Seelenakte nicht eine Ganglienzelle, sondern vielmehr eine große Reihe von Ganglienzellen entspricht, deren geordnetes Zusammenwirken zum Zustandekommen der einfachsten seelischen Funktionen notwendig ist.

Schließlich möchte ich noch eine physiologische Theorie der Hypnose erwähnen, die von Preyer aufgestellt worden ist. Im Jahre 1876 trat Preyer mit der Hypothese hervor, daß der Schlaf durch chemische Ermüdungsstoffe hervorgerufen werde. Hauptsächlich sollten es die Salze der Fleischmilchsäure und das Kreatin sein, die dem Blute im Gehirn beim Einschlafen und im Schlafe den zum Wachsein erforderlichen Sauerstoff rasch entziehen sollten. Auch beim Hypnotisierten soll nach ihm durch die ungewöhnliche, anhaltende, einseitige An-

spannung der Aufmerksamkeit lokal im Gehirn eine sehr rasche Anhäufung von Ermüdungsstoffen stattfinden, welche dem eben einen Hirnteil versorgenden Blute den Sauerstoff rasch entzögen. Somit wäre der Schlaf, ebenso wie die Hypnose, auf eine Autointoxikation zurückzuführen. Bernheim wirft dagegen mit Recht ein, daß die schnell eintretenden Hypnosen sowie das schnelle Aufhören der Hypnose mit dieser Theorie nicht in Einklang zu bringen seien, da man unmöglich annehmen könne, daß so schnell Ermüdungsstoffe sich ansammelten, um dann wiederum fast momentan zu verschwinden oder unwirksam zu werden.

Nach dieser wenig befriedigenden Übersicht über die Haupttypen der physiologischen Theorien der Hypnose möchte ich einige psychologische und kombinierte Theorien der Besprechung unterziehen, wobei ich gleichfalls von allen veralteten und nur noch historisches Interesse darbietenden Hypothesen absehen will.

Schon Berger legte gegenüber der physiologischen Auffassung Heidenhains ein entschiedenes Gewicht auf das psychologische Moment der künstlich erregten und auf bestimmte Körperteile dirigierten Vorstellung und Aufmerksamkeit. Auch Schneider glaubte, daß die abnorm einseitige Bewußtseinskonzentration auf den Akt des Hypnotisierens die Ursache der Erscheinung bilde.

Liébeault, der den Schlaf und die Hypnose für identisch hält, stellt für beide folgende psychologische Theorie auf. Er erklärt den Schlaf, im Gegensatze zum aktiven Wachzustande, für einen passiven Seelenzustand, in dem eine Bewußtseinsspaltung nach zwei Richtungen hin stattfindet: 1. am Trägheitspole, wo die Aufmerksamkeit auf die Schlafvorstellung konzentriert ist; 2. am Tätigkeitspole, wo die Aufmerksamkeit in verminderter und ungeordneter Weise sich im Intellektuellen und Sinnlichen betätigt. Je tiefer der Schlaf ist, desto mehr büßt der Geist des Schlafenden nach Liébeault die Fähigkeit ein, über genügend reflektorische Aufmerksam-

keit zu verfügen, um logisch denken und mit der gleichen Schärfe und Willenskraft handeln zu können wie im Wachleben. Während des — künstlichen oder natürlichen — Schlafes strömt die Aufmerksamkeit aus allen Zentren und Nerven auf den zentralen Sitz der Schlafvorstellung zu, während sie beim Erwachen zu den sensibeln Nervenendapparaten zurückkehrt und zugleich das Erinnerungsbild des Erwachens erweckt. Die psychischen Erscheinungen beim Einschlafen verlaufen also in zentripetaler, beim Erwachen in zentrifugaler Richtung. Das Erwachen erfolgt, wenn die Aufmerksamkeit den Weg in unser Gedächtnis und unsere Sinne gefunden hat. Diese psychologische Theorie von der ungleichen Verteilung der Denktätigkeiten auf zwei einander entgegengesetzte Pole findet eine physiologische Analogie in dem Hinweis auf die einander entgegengesetzte Funktion der Hirn- und Rückenmarkszentren, geradeso wie auch den psychischen Vorgängen physiologische „Hirndynamismen“ parallel laufen. Zur Kritik dieser psychologischen Theorie haben wir zu bemerken, daß sie vor allem der psychologischen Beobachtung widerspricht. Denn 1. existiert im Schlafe niemals, in der Hypnose aber überaus selten im Bewußtsein eine Schlafvorstellung; 2. ist die Aufmerksamkeit weder im Schlafe noch in der Hypnose vermindert und in ungeordneter Weise tätig, da sie vielmehr im Schlafe gänzlich zessiert, in der Hypnose aber spontan wenig verändert, durch die Suggestion sogar gesteigert und konzentriert ist, wenn auch in einseitiger Richtung. Nicht einmal die reflektorische Aufmerksamkeit braucht in der Hypnose wesentlich vermindert zu sein, obwohl wir im allgemeinen schon aus Zweckmäßigkeitsgründen bestrebt sein werden, dies durch spezielle Suggestion zu erreichen. Im übrigen besteht über das Verhalten der Aufmerksamkeit in der Hypnose noch eine große Uneinigkeit unter den Autoren. Max Hirsch behauptet z. B., daß die Aufmerksamkeit im Schlafe gleichmäßig verteilt, in der Hypnose dagegen konzentriert, und zwar an

die Vorstellung des Schlafes geheftet sei. Moll und Wundt meinen, daß nur die spontane Aufmerksamkeit in der Hypnose verändert sei, die reflektorische dagegen ungestört. In dem gleichen Sinne sprechen sich Durand de Gros, Richet, Schneider, Stadelmann u. a. aus. Ich glaube, daß in dem Verhalten der Aufmerksamkeit und zwar sowohl der spontanen wie der reflektorischen nur geringfügige quantitative Änderungen in der Hypnose gegenüber dem Wachsein beobachtet werden können, wenn man sich, von theoretischen Spekulationen frei, an die klinische Analyse des Tatbestandes hält.

Eine weitere psychologische Theorie der Hypnose basiert auf der Hypothese des „doppelten Bewußtseins", die zuerst von Pierre Janet und Dessoir zur Erklärung der hypnotischen Erscheinungen verwandt worden ist. Diese Theorie, der auch Moll und Loewenfeld im großen und ganzen zuzustimmen scheinen, nimmt an, daß das menschliche Bewußtsein keine Einheit bildet, sonderu auch schon im Wachleben sich aus mindestens zwei schematisch abgrenzbaren Sphären zusammensetzt, die jede für sich durch eine Erinnerungskette zusammengehalten werden. Während des Wachlebens herrscht im allgemeinen das Oberbewußtsein vor, wenngleich auch gelegentlich, z. B. bei der Zerstreutheit, in den Träumen des Wachen usw. unterbewußte Seelenerscheinungen zwischendurch laufen. Im Schlafe dagegen und in der Hypnose tritt das Unterbewußtsein frei zutage, dem alle Phänomene der Suggestion in die Schuhe geschoben werden. Mit Recht weist Wundt darauf hin, daß diese Theorie nur eine psychologische Scheinerklärung darbietet und in Wirklichkeit nichts anderes ist als ein atavistischer Rest der uralten Besessenheitsvorstellungen, die schon in den ältesten Zeiten des Menschengeschlechtes zur Erklärung anscheinend übersinnlicher Phänomene herangezogen wurden. Auch die Modifikationen dieser Lehre, die von Binet, Féré, Myers, Gurney, James und Sidis vorgenommen wurden, halten einer wissen-

schaftlich strengen Kritik nicht stand. v. Schrenck-Notzing hat sehr richtig bemerkt, daß die Annahme eines gleichzeitigen Ablaufs ober- und unterbewußter psychischer Vorgänge in der Hauptsache auf einer Täuschung hinsichtlich des zeitlichen Verhaltens beider Prozesse zueinander beruht. Die Beobachtungen, welche als Beispiele einer unterbewußten, gleichzeitig mit einer oberbewußten ablaufenden psychischen Tätigkeit betrachtet werden (automatisches Schreiben, unterbewußtes Rechnen während eines Gespräches usw.) erklären sich nach ihm dadurch, daß die Aufmerksamkeit bald der einen, bald der anderen Reihe von psychischen Vorgängen sich zuwendet. Auch Vogt betont, daß die Supposition von unbewußten oder unterbewußten psychischen Erscheinungen zum Zwecke der Ausfüllung der psychischen Kausalreihe unzulässig sei, wenigstens vom psychologischen Standpunkte aus.

Schließlich kommen wir dazu, noch einige kombinierte, psycho-physiologische Theorien der Hypnose zu besprechen, die weit eher als die vorhergehenden den Beobachtungstatsachen gerecht werden.

Döllken charakterisiert die Hypnose als eine willkürliche Reduktion der Sinnestätigkeit und der assoziativen Tätigkeit auf ein Minimum (Einengung des Bewußtseins), wobei aber nicht eine vollständige Ausschaltung dieser Tätigkeiten stattfindet. Physiologische Bedingung für das Zustandekommen dieses Ereignisses ist eine relative Hirnanämie, die vorwiegend die Rinde und die kortikalen Bahnen betrifft. Aus dieser Anämie resultiert ein bestimmter Tonus der Nervengebilde, welcher sie befähigt, bei Reizen, die weit unter dem Schwellenwert der Norm liegen, isoliert in einen Zustand der besseren Ernährung und Funktionsfähigkeit zu geraten. Grund der Amnesie ist nach Döllken der Unterschied in der Erregbarkeit der Nervengebilde gegen die Norm oder aber die geringen assoziativen Verknüpfungen der Reize. Aufwachen erfolgt durch sukzessive oder plötzliche Reizung aller

Sinneszentren, entweder direkt oder auf assoziativem Wege, wodurch der normale Tonus in den Hirnelementen wiederhergestellt wird. Diese Theorie widerspricht den klinischen Beobachtungen der hypnotischen Phänomene insofern, als eine Einengung des Bewußtseins in der von Suggestionen unbeeinflußten Hypnose nicht nachweisbar ist. Auch die Erklärung der suggestiven Halluzinationen mit ihrem schnellen Wechsel in der Hypnose spottet m. E. jeder auf die Blutzirkulation zurückgreifenden Theorie.

Wundt geht bei der Erörterung des Wesens der Hypnose von dem Prinzip der funktionellen Ausgleichung aus. Er formuliert dieses Prinzip folgendermaßen: „Wenn sich ein größerer Teil des Zentralorgans infolge hemmender Einwirkungen in einem Zustande funktioneller Latenz befindet, so ist die Erregbarkeit des funktionierenden Restes für die ihm zufließenden Reize gesteigert. Voraussichtlich wird diese Steigerung um so größer sein, je weniger durch vorausgegangene Erschöpfung die im allgemeinen im Zentralorgan vorhandenen latenten Kräfte verbraucht wurden." Als physiologische Grundlage dieses Gesetzes nimmt Wundt eine doppelte Wechselwirkung an, eine neurodynamische und eine vasomotorische. Zur Erläuterung der neurodynamischen Wechselwirkung verweist er auf die von ihm aufgestellte Hypothese über die Mechanik der zentralen Innervation. Danach sind die Ganglienzellen chemische Werkstätten, in denen fortwährend Ansammlung latenter Energie stattfindet und in denen außerdem durch die in den Nervenfasern zugeführten Erregungsvorgänge unter bestimmten Bedingungen aktuelle Energie freiwerden und auf abgehende Nervenfasern sich fortpflanzen kann, wobei beide Vorgänge, die Anhäufung und die Auslösung der Energie, höchst wahrscheinlich auch anatomisch an verschiedene Regionen der Zelle verteilt sind. Da aber die Ansammlung der Energie ein immerwährender, das Freiwerden derselben ein nur zeitweise, unter der Wirkung auslösender Kräfte stattfindender Prozeß ist, so wird während des

Schlafes infolge der in ihm vorhandenen Funktionsruhe im allgemeinen eine ungeheure Ansammlung vorrätiger Energie in den zentralen Elementen eintreten, die sich aber auf dem Wege der Nervenfasern, die nicht bloß als Leitungsorgane für die sogenannten Erregungsvorgänge, sondern gleichzeitig als nervöse Ernährungskanäle aufzufassen sind, allmählich ausgleicht. Die während des Schlafes in einzelnen Elementen ausgelöste Erregung wird also, teils wegen des in den Elementen selbst vorhandenen Kräftevorrates, teils und vornehmlich aber wegen der intensiveren Kräftezufuhr von anderen, ruhenden Elementen her Ausdruck einer gesteigerten Reizbarkeit sein. Die vasomotorische Wechselwirkung hingegen beruht auf der Tatsache, daß jede Steigerung einer Funktion Gefäßerweiterung und verstärkten Blutzufluß, jede Abnahme einer Funktion Gefäßverengerung und Hemmung des Blutzuflusses zur Folge hat. Der durch Gefäßerweiterung einem funktionierenden Teile zufließende Blutüberschuß wird daher in der Gefäßverengerung anderer in Funktionsruhe begriffener Teile kompensiert werden. Auf Grund dieser Hypothesen versucht Wundt die Erscheinungen der Hypnose abzuleiten, indem er annimmt, daß bei der Realisierung der hypnotischen Phänomene die sonst vorhandenen willkürlichen Gegenwirkungen aufgehoben sind. Nicht der Wille selbst, sondern die Willkür, nicht die Aufmerksamkeit überhaupt, sondern die willkürliche Aufmerksamkeit ist aufgehoben. Und zwar nimmt Wundt als letzte Ursache dieses Prozesses eine partielle Funktionshemmung des Apperzeptionszentrums infolge der einseitigen Richtung der Aufmerksamkeit an. Ich kann auch dieser Theorie nicht zustimmen, weil die psychologische Analyse der hypnotischen Phänomene, von der Wundt ausgeht, m. E. nicht den Tatsachen entspricht. Ich werde unten zeigen, daß die Willkür in der Hypnose nicht völlig aufgehoben ist, daß sie vielmehr eine weitaus größere Rolle bei der Realisierung mancher hypnotischer Phänomene spielt, als bis-

her angenommen wurde. Mir scheinen überhaupt die Verhältnisse bei weitem komplizierter zu liegen, als der Annahme der meisten Autoren entspricht, besonders wenn man den schon öfters hervorgehobenen Tatbestand ins Auge faßt, daß der Somnambulhypnotische in seinem ganzen seelischen Verhalten durchaus wie ein Wacher reagiert, solange nicht die Suggestion in den Ablauf seiner seelischen Funktionen störend eingreift. Trotzdem bin ich mit Wundt derselben Meinung, wenn er sagt, daß die Erscheinungen der Hypnose, wie überraschend sie sich auch auf den ersten Blick ausnehmen mögen, weder nach der physiologischen noch nach der psychologischen Richtung die Herbeiziehung neuer, der Mechanik des Nervensystems widerstreitender Hypothesen erforderlich machen. Nur daß uns die Gesetze der Mechanik des Nervensystems und der Seele noch nicht einmal für das Wachleben ausreichend bekannt sind.

An letzter Stelle endlich möchte ich noch die von Vogt aufgestellte Theorie der Hypnose besprechen, da diesem Autor zugleich reiche Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus und exakte Kenntnisse auf dem Gebiete der Neurobiologie zu Gebote stehen. Auch Vogt geht von den Lehren der modernen wissenschaftlichen Psychologie aus, indem er sich auf den Standpunkt des psychophysischen Parallelismus mit geschlossener physischer Kausalität stellt, den Münsterberg in mustergültiger Weise entwickelt hat. Er stellt zunächst den Begriff der Konstellation fest, als den Gesamtmechanismus aller zentralen Leitungen und Erregbarkeitsverhältnisse. Diese Konstellation, von der die Stärke und deshalb das Bewußtwerden der zentralen Erregungen abhängig ist, ist die Resultante aller bisherigen bewußten Erregungen des Zentralnervensystems, aber auch aller unbewußten und nutritiven Beeinflussungen. Den von der Norm abweichenden Zustand der Konstellation bezeichnet Vogt als Dissoziation, wobei eine Steigerung oder Herabsetzung der Erregbarkeit gewisser Zentren stattfinden

kann. Die Möglichkeit einer solchen Veränderung beruht darauf, daß die in der Großhirnrinde anlangenden nervösen Erregungen, Neurokyme, dort als funktionelle Reize wirken und den Stoffwechsel in den zentralen Elementen steigern; in diesem gesteigerten Stoffwechsel besteht nämlich der materielle Parallelvorgang der psychischen Erscheinungen. Die physiologische Bedingung einer jeden solchen Steigerung des zentralen Stoffumsatzes ist eine örtliche Zunahme der Stoffzufuhr, eine funktionelle Hyperämie, die aber nicht in einer Änderung der Gesamtblutzufuhr besteht, sondern in der günstigsten Verteilung des Blutes, unter der der Chemismus der nervösen Elemente des Gehirns am besten zustande kommt. Diese Stoffzufuhr geschieht durch Veränderung der Zellen der Kapillaren und durch Veränderung des Blutdruckes. Indessen sind die vasomotorischen Veränderungen als solche nicht genügend zur Erklärung des Zustandekommens der psychischen Vorgänge, wie auch Wundt auseinandersetzt. Sie sind nur sekundär wirkende Momente, während die primären Ursachen in den neurodynamischen Veränderungen, i. e. der Zuleitung und Ableitung der Neurokyme zu den verschiedenen Zentren, gesucht werden müssen, die analog dem Wundtschen Prinzipe der Kompensation der Funktionen erfolgen. Die von der normalen Konstellation abweichende Dissoziation kann sich nun einmal als einseitige Bahnung repräsentieren, wie z. B. bei dem Zustande der Kritiklosigkeit gegenüber Wahnideen und Halluzinationen; oder aber als Herabsetzung der Erregbarkeit, i. e. Hemmung. Eine solche Hemmung, im normalen Zustande stets nutritiver Art, kann beruhen: 1. auf Erschöpfung, wobei die Dissimilation die Assimilation überschritten hat und nun Mangel an zersetzbarem Stoff statthat, wobei es nicht nötig ist, eine Intoxikation daneben anzunehmen; 2. auf Herabsetzung der Stoffzufuhr oder Anämie, die auf einen primären, vasomotorischen Reflex zurückzuführen ist, wie z. B. bei Ermüdung und Schlaf. Die Hemmung äußert

sich durch verlangsamte Fortpflanzung der Neurokyme; sie führt ferner durch Ausfall von einzelnen Elementen zur Vereinfachung der nervösen Vorgänge, zur Monotonie, Ideenflucht und illusionären Umdeutung der Empfindungen. Jedoch findet bei der Hemmung zugleich eine Steigerung der Erregung in den einmal erregten Elementen statt, und zwar 1. da die Zuleitung stärker, weil beschränkter ist; 2. wegen der Hemmung in der Ableitung, wodurch eine Stauung der funktionellen Reize in dem Zentrum herbeigeführt wird, dem sie einmal zugeleitet worden. Diese Stauung ist die Ursache des Nichterwecktwerdens der Gegenvorstellungen sowie der sinnlichen Lebhaftigkeit der Erinnerungsbilder, also auch der Kritiklosigkeit im Traume usw. Die auf diese vorausgeschickten Darlegungen gegründete Schlaftheorie Vogts lautet nun folgendermaßen: „Die beim Einschlafen auftretenden neurodynamischen Vorgänge werden von den Zentren ausgelöst, denen ihrer Erregbarkeit entsprechend die ankommenden Neurokyme dann zugeleitet werden, wenn die Großhirnrinde in ihrer Erregbarkeit durch Erschöpfung herabgesetzt ist. Ein erstes solches Zentrum ist das Reflexzentrum für die Schließung des M. orbicul. oculi. Den Beginn dieser reflektorischen Kontraktion empfinden wir als Schwere in den Augen." Dazu kommt ein vasomotorisches Zentrum, dessen Erregung zunehmende Anämie des Großhirns bewirkt; es ist in der Medulla oblongata gelegen, und die von ihm aus erzeugte Anämie ist die eigentliche Ursache des Schlafes. Die reflektorischen Erscheinungen, die den Schlaf herbeiführen, bringen dann gewisse Empfindungen hervor, die wir als die des Müdeseins und des Einschlafens bezeichnen und die einen motorischen Charakter an sich tragen, d. h. die Fähigkeit haben, die ihnen zugrunde liegenden Bewegungen auszulösen; sie assoziieren sich außerdem mit der Begriffsvorstellung des Schlafes. Das Verhältnis zwischen der Wirkung der Schlafvorstellung und derjenigen der Reflexzentren des Schlafes stellt sich Vogt

als ein wechselseitiges vor, nach Analogie der bahnenden Beeinflussung subkortikaler Reflexvorgänge durch kortikale Erregungen, die Exner im Tierexperiment nachgewiesen hat. „Das Auskleiden, das Schlafzimmer usw. erregen die Schlafvorstellung und wirken deshalb bahnend auf die Reflexzentren des Schlafes ein. Die beginnende Tätigkeit der Reflexzentren erregt ihrerseits wieder die Schlafvorstellung usw.; so tritt eine bahnende Wechselwirkung ein, wodurch der Reiz allmählich verstärkt wird. Wenn wir ohne Erschöpfung einschlafen, so geschieht es immer auf Grund assoziativer Verknüpfungen, wobei uns sogar die Schlafvorstellung nicht direkt bewußt zu werden braucht; unbewußt ist sie aber immer im Spiel." Wie der normale Schlaf, so verhält sich auch der hypnotische und der hysterische Schlaf, die in ihrem Wesen von Vogt identifiziert werden. Das Erwachen erfolgt dadurch, daß die Erschöpfung des Großhirns nachläßt und infolgedessen seine Erregbarkeit zunimmt. Daher werden die Neurokyme wieder dahin geleitet, dem Schlafzentrum wird ein Teil der Energie entzogen. Durch diese stärker werdenden Erregungen wird dann auch das Zentrum für funktionelle Hyperämie im Großhirn stärker gereizt und die Schlafanämie beseitigt. Auf ähnlichem Wege erklärt sich die Erscheinung der hypnotischen und hysterischen Katalepsie, bei der ein Glied eine ihm passiv gegebene Stellung beibehält. Für gewöhnlich wird ein kleiner Teil jener nervösen Energie, die eine jedesmalige Lage und Haltung eines Körperteiles im Zentrum des Muskelsinnes erregt, nur in die motorische Bahn übergeführt, während der größere Teil anderweitig abgeleitet wird. Bei einem gewissen Grade der Herabsetzung der Erregbarkeit der Großhirnrinde dagegen können die anlangenden Neurokyme nur noch an der Stelle der direkten Endigung der zentripetalen Bahn eine Erregung hervorrufen, aber nicht mehr auf die Assoziationsbahnen irradiieren. Die Äußerung des Muskelsinnes in einer motorischen Bewegung muß dann aber eine

sehr starke sein, da die ganze zugeführte Reizenergie an Ort und Stelle bleibt: daher die Fixation der passiven Stellung. Auch die hysterischen und suggestiven Anästhesien fügen sich diesem Erklärungsprinzip. Sie beruhen nach Vogt auf einer Herabsetzung der Erregbarkeit der betreffenden Zentren, bedingt durch Anämie, sind also als ein partieller Schlaf aufzufassen. Ebenso ist die Realisation der posthypnotischen Suggestionen sowie die früher erörterte Erscheinung der spontanen Somnambulie in der Hypnose nach Vogt auf einen partiellen, systematischen Schlaf- bzw. Wachzustand zurückzuführen.

Zur Kritik der von Vogt aufgestellten Theorie der Hypnose möchte ich zunächst auf einen prinzipiellen Gesichtspunkt hinweisen, der die Auffassung von der Lokalisation der Bewußtseinsvorgänge im Gehirn betrifft. Über diese Frage, die von einschneidender Bedeutung nicht nur für die Theorie des Schlafes, sondern noch mehr für viele andere, physiologische und psychologischen Probleme ist, sind sich die modernen Psychologen noch immer nicht einig. Während eine große Anzahl von Forschern geneigt ist, jede Einzelvorstellung und -wahrnehmung, überhaupt jeden psychischen Inhalt in einer besonderen Ganglienzelle der Hirnrinde aufgespeichert zu denken, geradeso, wie Vogt es tut, wenn er auf den Sitz der Schlafvorstellung im Gehirn die Neurokyme zuströmen läßt, sind andere, darunter Wundt und ich selbst der Meinung, daß diese Hypnothese unbewiesen und unzutreffend sei. Indem ich in dieser Beziehung auf Wundts vortreffliche Ausführungen gegen Ziehen im X. Bande der „Philosophischen Studien" hinweise, bemerke ich, daß die Frage der Lokalisation keineswegs so einfach gelöst werden kann, wie es der oben erwähnten Anschauung entspricht. Was wir bisher über die Leistungen des Gehirns wissen, berechtigt uns wohl zu der Behauptung, daß die Intaktheit des Gehirns, speziell der Hirnrinde, eine wesentliche Bedingung für das Zustande-

kommen der geistigen Vorgänge ist, ebenso wie z. B. die Kontinuität der peripheren Nervenstränge eine notwendige Bedingung für den normalen Ablauf der Muskelaktionen darstellt. Was aber darüber hinausgeht, ist mehr als zweifelhaft und durch nichts bewiesen. Ja, es ist sogar im höchsten Maße unwahrscheinlich, daß eine Lokalisation der einzelnen Vorstellungen in der Weise statt hat, wie es Ziehen, Vogt und viele andere meinen, wonach die Rindenzelle einfach den psychischen Inhalt in sich birgt. Dagegen spricht schon der ungeheure Reichtum verschieden nuancierter Vorstellungen und die mannigfachen Möglichkeiten einer Kombination unter ihnen. Wollte man diese Art der Erklärung zulassen, so wäre damit jedes Problem der Psychologie gelöst. Man hätte nur die Aufgabe, die psychische Analyse des betreffenden Vorganges auszuführen, um dann auf das Spiel der Neurokyme zu verweisen, die zwischen den Ganglienzellen und -zentren hin und her eilen und die Geschäfte der Psyche besorgen. In Wahrheit bietet diese Auffassung nur ein Bild, von dem wir mit Sicherheit sagen können, daß es in dieser Gestalt nicht zutreffend sein kann: unsere Kenntnisse werden dadurch nicht bereichert. In diesem Sinne hat Lipps Recht, wenn er vor der physiologischen Verbildlichung der psychologischen Erkenntnisse warnt.

Dazu kommt noch ein zweiter Einwand, der schon gegen alle vorher aufgeführten Theorien der Hypnose erhoben wurde. Ich kann nicht zugeben, daß, wie Vogt postuliert, eine allgemeine Herabsetzung der Erregbarkeitsverhältnisse der Großhirnrinde in der Hypnose gegeben sein soll, die dann zur Erklärung der Hemmungsvorgänge bei den einzelnen hypnotischen Phänomenen herangezogen werden könnte. Der Hypnotisierte ist durchaus nicht gehemmt in seinen Sinneswahrnehmungen, Assoziationen, Urteilen usw., solange er nicht der suggestiven Beeinflussung unterworfen wird. Erst das Wort des Experimentators bringt jede denkbare seelische Hemmung

im Momente hervor, so daß der Hypnotisierte nunmehr dieselbe Rose, die er noch soeben richtig als eine Rose erkannt hat, für einen Stiefelknecht erklärt und an dieser Erklärung ehrlich und ärgerlich festhält, wenn man nachträglich seine Überzeugung von der Zuverlässigkeit seiner Erkenntnis anzuzweifeln sucht. Wäre eine allgemeine Hemmung der Großhirnrinde in der Hypnose vorhanden, so dürfte der Hypnotisierte auch spontan nicht imstande sein, jeden Sinneseindruck genau wie ein Wacher korrekt zu perzipieren und apperzipieren. Aber auch wenn nur eine partielle Hemmung einzelner Zentren, z. B. des Wundtschen Apperzeptionszentrums, in der Hypnose angenommen wird: ist es wirklich erklärlich, daß ein bloßes Wort genügt, diese Hemmung einzuführen und wieder aufzuheben? Meiner Überzeugung nach kann weder die Veränderung des Blutzuflusses noch der Nervenerregbarkeit diese rätselhafte Erscheinung weniger rätselhaft machen.

Alles in allem werden wir sagen müssen, daß eine einwandfreie Theorie der tiefen Hypnose heute noch ebensowenig aufgestellt werden kann wie eine Theorie des Schlafes oder der Hysterie. Wir haben uns daher oben damit begnügt, die Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten der Hypnose von diesen ihren beiden nächsten Verwandten nachzuweisen. Ich werde im nächsten Abschnitte den Versuch machen, auf einige Details der psychologischen Analyse hypnotischer Phänomene noch etwas näher einzugehen.

2. Die Theorie der Suggestion und der Suggeribilität.

Gehen wir wiederum von dem Begriffe der Suggestion aus, dessen Fassung in der modernen Literatur mannigfachen Schwankungen ausgesetzt gewesen ist. Wir werden hierbei zwei Tendenzen zu unterscheiden haben: die Tendenz, den Begriff der Suggestion möglichst weit zu fassen und ihn auf alle nahestehenden Erscheinungen

des Wachlebens auszudehnen, und die umgekehrte Tendenz, diesen Begriff möglichst auf die Erscheinungen einzuschränken, die für die hypnotischen Vorgänge charakteristisch sind. Ich halte den letzten Standpunkt, entgegen den Auffassungen der meisten Fachgenossen, für den empfehlenswerteren. Ich stimme durchaus Wundt bei, wenn er sagt: „Es hat keinen Sinn, alle seelischen Erscheinungen von der normalen Assoziation und Assimilation an bis zur mehr oder minder phantastischen Illusion und Sinnestäuschung unter dem Begriff der Suggestion zu vereinigen und diesen so zu einem Allerweltsbegriff zu machen, der, weil er alles bedeuten soll, in Wahrheit nichts mehr bedeutet. Das Wort ‚Suggestion' erklärt ja überhaupt nichts. Es gewinnt erst einen psychologischen Wert, wenn man die elementaren psychischen Prozesse aufzeigt, deren besondere Verbindung in diesem Worte zusammengefaßt wird."

Sehen wir zu, inwieweit die einzelnen Autoren, die sich mit der Definition der Suggestion beschäftigt haben, diesem Grundsatze gerecht werden.

Bérillon definiert: „La suggestion est l'art d'utiliser l'aptitude que présente un sujet à transformer l'idée reçue en acte." Stoll erklärt, daß die Suggestion nichts weiter sei „als eine Idee, eine Vorstellung, die in uns durch verschiedene Mittel seitens der organischen und anorganischen Außenwelt wachgerufen wird und die nun den Ausgangspunkt für weitere Denkprozesse für uns bildet, ohne daß uns dieser ursächliche Zusammenhang stets klar zum Bewußtsein kommt". Tyko Brunnberg behauptet, daß „das ganze psychische Geschehen als eine zusammenhängende Reihe natürlicher Suggestionen anzusehen sei". Bernheim bezeichnet die Suggestion „als einen Vorgang, durch welchen eine Vorstellung in das Gehirn eingeführt und von diesem angenommen wird". Parish endlich versteht unter Suggestion „jede beliebige Sinneswahrnehmung, insofern sie Vorstellungen erweckt, insofern sie bestehende Vorstellungs-

gänge inhaltlich beeinflußt, kurz, insofern sie reproduzierendes Moment ist". Es ist ohne weiteres klar, daß alle diese Definitionen viel zu weit gefaßt sind, da sie zahlreiche, ja sogar fast sämtliche normale Geschehnisse des Seelenlebens mit einschließen. Auf diese Weise ist es natürlich ein leichtes, die ganze Entwicklung und Geschichte der Menschheit, die Wundertaten Christi ebenso wie die Gewohnheit des Tabaksgenusses, die gesamte Pädagogik, Ästhetik und Ethik usw. auf Suggestion zurückzuführen.

Eine andere Gruppe von Autoren sucht wenigstens ein charakteristisches Merkmal der Suggestion anzugeben, das diesen Vorgang von anderen seelischen Vorgängen abzugrenzen geeignet ist. So nennt Moll die Suggestion „einen Vorgang, bei dem man eine bestimmte Wirkung dadurch erzielt, daß man die Überzeugung von deren Eintritt in der Person erweckt". Forel sagt: „Als Suggestion bezeichnet man die Überzeugung einer dynamischen Veränderung im Nervensystem eines Menschen oder in solchen Funktionen, die vom Nervensystem abhängen, durch einen anderen Menschen mittels Hervorrufung der bewußten oder unbewußten Vorstellung, daß jene Veränderung stattfindet oder bereits stattgefunden hat oder stattfinden wird." Ähnlich äußert sich v. Lichtenstern: „Suggestion ist die tatsächliche Hervorrufung eines seelischen oder körperlichen Zustandes nur durch Hervorbringung der Überzeugung, daß er bestehe." Ich gebe zu, daß in diesen Definitionen ein spezifisches Merkmal der Suggestion enthalten ist, glaube aber, daß dieses Merkmal allein nicht ausreicht, um den Begriff festzulegen. Denn es gibt doch auch normale, richtig motivierte Überzeugungen, deren Entstehung unter die gegebene Beschreibung fällt und die doch mit dem Vorgange der Suggestion nicht das geringste zu tun haben. Wenn ich z. B. einem Bekannten sage, ich hätte soeben von dritter Seite gehört, daß in seiner Abwesenheit Feuer in seiner Wohnung ausgebrochen sei, so treten auf Grund

der Überzeugung, die ich der Person durch meine Aussage übermittle, reelle motorische und emotive Konsequenzen ein. Aber eine Suggestion ist das nicht.

Ein weiteres Merkmal, das von einigen Autoren der Suggestion zugeschrieben wird, besteht in dem zwangsartigen Charakter, der der Ausführung der suggerierten Vorstellungen anhaften soll. So definiert Lehmann die Suggestion „als eine durch Sinnesreiz bewirkte Reproduktion eines psycho-physischen Zustandes, von dem das Individuum sich nicht freimachen kann". Bergmann nennt die Suggestion „eine Vorstellung, welche infolge ihrer Intensität mit triebartiger Notwendigkeit sich realisiert". Indessen trifft dieses Merkmal nur auf einzelne suggestive Phänomene zu, während andere durchaus ohne nennenswerten Zwang verlaufen. Ich wüßte z. B. nicht, inwiefern der Zwang bei der suggestiven Anästhesie, der suggestiven Taubheit usw. eine Rolle spielen sollte.

Auch das Moment der Einengung des Bewußtseins wird vielfach zur Erklärung der Suggestionsphänomene herangezogen. So definiert z. B. Wundt: „Suggestion ist Assoziation mit gleichzeitiger Verengerung des Bewußtseins auf die durch die Assoziation angeregten Vorstellungen." Ähnlich Raymond und Pierre Janet, die auch die hysterischen Erscheinungen auf die gleiche Grundlage zurückführen. Demgegenüber ist zu bemerken, daß eine allgemeine Einengung des Bewußtseins nicht bei allen Suggestionen vorhanden ist, zumal alle denkbaren korrigierenden und kritisierenden Vorstellungen zugleich mit einer halluzinatorischen Suggestion eingeführt werden können, ohne daß deren Realisation dadurch in Frage gestellt würde.

Es erscheint deshalb notwendig, das spezifische Merkmal der Suggestion so zu fassen, daß es dem psychologischen Tatbestand aller suggestiven Phänomene entspricht, vor allem aber auf ein konstantes Charakteristikum hinzuweisen, das sämtlichen typischen Suggestionen zukommt. Das ist: das Ungewöhnliche des Vorganges,

das Abnorme, das Pathologische, das in der Aufstellung einer unlogischen, der Wirklichkeit nicht entsprechenden Vorstellung oder einer unmotivierten, auf ungewöhnlichem Wege eingeführten Aufforderung von seiten des Experimentators, in den abnorm intensiven Folgewirkungen und in dem Nichtauftreten spontaner korrigierender Gegenvorstellungen und Gegenstrebungen von seiten der Versuchsperson gelegen ist. In diesem Sinne weisen Dubois und v. Bechterew darauf hin, daß die Suggestion nicht durch den Haupteingang, den Weg logischer Überzeugung, in die Psyche eindringe, sondern vielmehr auf Schleichwegen, sozusagen von der Hintertreppe aus, unter Umgehung des „Ich“, des persönlichen Bewußtseins und des Willens. William Hirsch definiert: „Suggestion ist die Erzeugung von Empfindungen, Stimmungen und Vorstellungen, welche sich zu ihren physiologischen Erregern in einem inadäquaten Verhältnis befinden. Unter physiologischen Erregern ist nicht nur der eigentliche auslösende Reiz, sondern die gesamten Komponenten verstanden, die das physiologische Korrelat einer psychischen Erscheinung in eindeutiger Weise bestimmen. Eine suggerierte Vorstellung ist daher eine induzierte Wahnvorstellung, unterschieden nur durch eine geringere Stabilität.“ Ähnlich Agathon de Potter: „Die Suggestion ist nicht ein Akt, durch den eine Idee dem Gehirn eingeführt und von ihm akzeptiert wird, wie Bernheim behauptet hat, sondern das ist Belehrung und Beweis. Man suggeriert vielmehr falsche oder zweifelhafte Ideen, deren Wahrheit möglich, dem Subjekt aber noch nicht bewiesen ist.“ Auf das gleiche kommen die von Loewenfeld, Vogt, v. Schrenck-Notzing, Sidis, Flatau und Lipps aufgestellten Definitionen hinaus. Lipps, dem wir die lichtvollste Darstellung und die exakteste Psychoanalyse der hypnotischen Phänomene verdanken, kommt zu folgendem Ergebnis: „Suggestion ist die Erzeugung eines über das bloße Dasein einer Vorstellung hinausgehenden psychi-

schen Vorganges in einem Individuum seitens einer Person oder eines von jenem Individuum verschiedenen Objektes, wofern das Zustandekommen der fraglichen psychischen Wirkung unter Bedingungen stattfindet, die nicht als adäquate bezeichnet werden können. Adäquate Mittel zur Erzeugung eines Urteils sind: Gründe; zur Erzeugung von Empfindungen: sinnliche Reize; zur Erzeugung von Willensakten: das Bewußtsein vom Werte eines Objektes oder Gewohnheit. Dagegen kommt bei der Suggestion die psychische Wirkung zustande durch eine in außerordentlichem Maße stattfindende Hemmung oder Lähmung der über die nächste reproduzierende Wirkung der Suggestion hinausgehenden Vorstellungsbewegung.“ Dieser Definition glaube ich zustimmen zu dürfen bis auf den Schlußsatz, der eine Hypothese über das Zustandekommen der hypnotischen Phänomene enthält, die zurzeit noch unbewiesen ist und für eine Anzahl von suggestiven Erscheinungen, wie wir noch sehen werden, nicht zuzutreffen scheint. Selbstverständlich bezieht sich diese Definition nur auf diejenigen hypnotischen Erscheinungen, die wir oben als echte suggestive Phänomene gekennzeichnet haben. Wir haben bereits gesehen, daß die therapeutischen Suggestionen in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle Pseudosuggestionen sind, deren Wesen mit den Faktoren übereinstimmt, die auch in der Psychotherapie als Belehrungen, Ermahnungen, Hoffnungen usw. angewandt werden. Nicht die unmotivierten, inadäquaten, sondern die motivierten oder, wie Dubois sagt, rationellen Suggestionen sind es, die den Erfolg der Suggestivtherapie verbürgen. Von der psychotherapeutischen Belehrung aber bis zur suggerierten Halluzination gibt es eine fortlaufende Reihe von Übergängen und Zwischenstufen (Pseudosuggestionen und suggestive Illusionen), deren suggestiver Charakter um so ausgeprägter erscheint, je weiter sich die betreffende Eingebung von der Wahrheit und der unmittelbaren Tatsächlichkeit des Geschehens entfernt.

Über den **Begriff der Suggeribilität** sind nur wenige Worte hinzuzufügen. Wir verstehen darunter nicht jede Beeinflußbarkeit, die ja auch im Wachleben eine normale Eigenschaft der menschlichen Seele ist, sondern nur diejenige pathologische Form der Beeinflußbarkeit, bei der die Möglichkeit besteht, echte Sinnestäuschungen in das Seelenleben der Versuchspersonen einzuführen und zur Annahme zu bringen. Von dieser spezifischen Halluzinierbarkeit muß unterschieden werden: die Illusionierbarkeit, die Pseudosuggeribilität und die psycho-therapeutische Beinflußbarkeit. Wer diese praktisch und wissenschaftlich gleich wichtige Differenzierung verabsäumt, kommt zu so anfechtbaren Behauptungen wie **Bérillon**, nach dessen Meinung die Suggeribilität im direkten Verhältnisse zur intellektuellen Entwicklung der Individuen steht.

Um das theoretische Verständnis der suggestiven Erscheinungen noch weiter zu fördern, ist es notwendig, noch etwas tiefer in die psychologische Analyse der einzelnen Phänomene einzudringen, als wir es bisher haben tun können. Dabei werden wir erkennen, 1. daß die Realisierung der einzelnen Suggestionen durchaus nicht immer auf dem gleichen Wege erfolgt, daß vielmehr mancherlei Ursachen und Motive die gleiche Folgewirkung hervorbringen können; 2. daß wir von einem wirklichen psycho-physiologischen Verständnis der eigentlichen Suggestionsphänomene noch immer sehr weit entfernt sind.

Um diese beiden Gesichtspunkte zu erläutern, wollen wir die Hauptgruppen der suggestiven Erscheinungen noch einmal Revue passieren lassen, um jedesmal die Frage nach der Art und dem Grunde ihrer Realisation zu erheben. Selbstverständlich bezieht sich diese Untersuchung nur auf die experimentellen, spezifischen Suggestionen. Die therapeutischen Pseudosuggestionen bedürfen keiner weiteren Auseinandersetzung.

Zuerst die Wachsuggestionen, von denen wir bisher

wenig gesprochen haben, weil sie praktisch-therapeutisch ohne Bedeutung sind. Es existieren zahlreiche Beobachtungen in der Literatur, wonach hypnóseähnliche Phänomene auch im Wachleben vorkommen. So spricht Liébeault von einem „physiologischen Passivzustand", der unter Umständen im Wachleben eintritt und in dem die betreffenden Individuen eine weitgehende, pathologische Suggeribilität aufweisen. Er erinnert dabei an ein Experiment von Dupotet, dem es gelang, bei wachen Bauern Wasser suggestiv in Rotwein zu verwandeln, und der konstatierte, daß diese angebliche Verwandlung trotz völligen Wachseins der Betreffenden zwei Tage lang anhielt. Auch die Faszinationszustände, die Braid und Preyer beschrieben haben, dürften hierher gehören, soweit sie innerhalb des Wachlebens auftreten. Wenn wir uns fragen, — das Faktum derartiger Erscheinungen muß natürlich zugegeben werden —, worauf die Realisierung dieser Phänomene beruht, so werden wir hierbei ohne weiteres von einer gesteigerten Einbildungskraft und einer verminderten Urteilsfähigkeit sprechen können. Aber die Wurzel dieses Zustandes ist nicht in einer momentan veränderten Erregbarkeit der Großhirnrinde oder dergleichen zu suchen, sondern in der geistigen Gesamtkonstitution dieser Individuen. Es handelt sich um Phänomene der Dummheit, des Aberglaubens, des Schwachsinns, des Fanatismus usf., wie sie zu allen Zeiten des Menschengeschlechtes eine große Rolle gespielt haben und wie sie in den „Wissenschaften" des Okkultismus, Spiritismus usw. zur höchsten Blüte gelangt sind. Wenn es möglich ist, daß wache Menschen die wunderbarsten spiritistischen Erscheinungen sich realisieren „sehen", wenn es möglich ist, daß Hunderttausende von Menschen schwören, Geister gesehen, Wunderheilungen erlebt, ferne Ereignisse prophezeit zu haben, so wird man sich auch über derartige Wachsuggestionen nicht sonderlich aufregen dürfen. Und es ist vielleicht ein Zeichen des Kulturfortschrittes, daß derartige Erscheinungen

heute außerordentlich selten beobachtet und von ernst zu nehmenden Autoren beschrieben werden, während das Altertum und Mittelalter voll ist von Erlebnissen, deren Wunderlichkeit in geradem Verhältnisse zu der Gläubigkeit der Beobachter steht. Die wissenschaftliche Kritik braucht sich bei diesem Gegenstande nicht weiter aufzuhalten. Aber es ist immerhin bemerkenswert, daß die Kombination des Schwachsinns und des Fanatismus nicht nur die Phänomene des Wachlebens, sondern auch diejenigen der Hypnose zu fälschen geeignet ist. Daher manche Beobachtungen, besonders von Laienhypnotiseuren, an Personen, deren fanatische Begeisterung für hypnotische Demonstrationen mit der geringen Entwicklung ihrer geistigen Fähigkeiten im Einklange steht.

Die Phänomene der oberflächlichen Hypnose, deren klinische Beschreibung ich im zweiten Kapitel dieses Werkes gegeben habe, sind nach meiner Auffassung, wie erwähnt, keine spezifischen Suggestiverscheinungen. Die Wurzel der Realisation dieser Phänomene kann daher m. E. nicht in dem hypnotischen oder pseudohypnotischen Zustande als solchem gefunden werden. Wenn man aber fragt, wodurch denn nun diese Erscheinungen zustande kommen, so möchte ich darauf antworten: in der Hauptsache durch die Willkür der Versuchsperson, die durch eine geschickte Technik des Experimentators in die von diesem gewollten Bahnen geleitet wird. Der Augenschluß, die Katalepsie, die Automatie und die darauf gegründeten Phänomene, sie alle sind meiner Überzeugung nach willkürliche Akte der Versuchspersonen, ohne daß sich diese über den wahren Charakter der Vorgänge klar würden. Ich kann mir selbst jederzeit im Wachzustande vornehmen, daß ich die geschlossenen Augen nicht wieder öffnen kann: und es gelingt mir tatsächlich nicht, indem ich fruchtlose Anstrengungen der Mm. frontalis und corrugator supercilii, statt der erforderlichen Innervation des M. levator palpebrae superioris vollziehe. Ebenso vermag ich schlaffe und spastische Lähmungen meiner

Glieder in jeder beliebigen Stellung willkürlich herzustellen, und zwar so echt, daß ich selbst keinen Zweifel an der suggestiven Natur dieser Vorgänge hätte, wenn ich eben nicht wüßte, daß ich sie willkürlich hervorgebracht habe. Dazu ist subjektiv nichts weiter notwendig, als daß ich mich einen Augenblick in die Vorstellung des Nichtkönnens der betreffenden Handlungen versenke; zur Aufhebung des willkürlichen Hemmungszustandes genügt ein einfacher Entschluß. Ich bin geneigt zu glauben, daß der Sachverhalt in der oberflächlichen Hypnose ein ähnlicher ist, nur daß sich die Versuchspersonen in der Regel darüber nicht klar sein dürften. Es ist die Aufgabe des Experimentators, sie durch geschickte Kniffe und Taschenspielerkunststücke zu überrumpeln und über die wahre Natur der Hemmungsvorgänge zu täuschen, indem er die Ursache des Nichtkönnens scheinbar außerhalb der Psyche der Versuchspersonen verlegt. Für diese Auffassung spricht außer der Selbstbeobachtung psychologisch geschulter Personen — Selbstbeobachtungen psychologisch ungeschulter Personen während der Hypnose haben m. E. nicht den geringsten Wert, da sie nur die Anschauung des Experimentators widerspiegeln — die Tatsache, daß in der oberflächlichen Hypnose nur solche Phänomene sich realisieren, die auch willkürlich hergestellt werden können. Denn auch die geringen Anomalien der Sensibilität, z. B. Parästhesien, Hypalgesien usw., die in den oberflächlichen hypnotischen Zuständen erzielt werden können, sind durch geschickte Ablenkung der Aufmerksamkeit und durch ein gefälliges Entgegenkommen des Urteilsvermögens der Versuchspersonen zu erklären. Dafür spricht außerdem die Tatsache, daß in manchen Fällen diese Erscheinungen bei wiederholten Hypnotisierungen leichter und prompter eintreten — infolge Übung, Dressur; während in anderen Fällen bei Wiederholungen kein Erfolg mehr erreicht werden kann, weil eine Überrumpelung der Versuchspersonen nicht mehr

möglich ist. Auch das Auftreten der Ermüdungserscheinungen bei den kataleptischen Experimenten ist in diesem Sinne zu verstehen. Dagegen spricht jedenfalls nicht die Tatsache, daß die hypnotisierten Versuchspersonen selbst in der Regel aussagen, sie hätten die Empfindung des Zwanges, sie könnten nicht anders und dergleichen mehr. Ich glaube, daß viele Irrtümer in der Lehre vom Hypnotismus dadurch zustande gekommen sind, daß man derartigen subjektiven Aussagen ein zu großes Gewicht beigelegt hat.

Indessen, es darf doch nicht ganz verschwiegen werden, daß noch eine andere Wurzel für die Entstehung der oberflächlichen hypnotischen Phänomene in Betracht kommt, die wir bisher geflissentlich mit Stillschweigen übergangen haben: ich meine die Simulation. Ich glaube zwar nicht, daß die Simulation in der Hypnose eine sehr große Rolle spielt. Aber daß sie gelegentlich vorkommt, unterliegt gar keinem Zweifel. Ich habe selbst mehrfach Versuchspersonen kennengelernt, die von anderen erfahrenen Hypnotiseuren zu allerhand Demonstrationen und Schaustellungen benutzt worden waren, und die mir bei eingehendem Befragen gestanden, daß sie die hypnotischen Experimente mit bewußter Willkür realisiert hätten. Die Ursache dieser Simulation war meist nicht das Bestreben, sich interessant zu machen, sondern der Wunsch, dem Hypnotiseur gefällig zu sein oder ihn nicht in Gegenwart anderer zu blamieren. Das sind Erfahrungstatsachen, vor denen man nicht die Augen verschließen sollte, um so mehr als auch manche therapeutischen „Erfolge“ in dieses Register gehören.

Endlich die Suggestiverscheinungen der tiefen oder eigentlichen Hypnose. Soweit diese Erscheinungen sich decken mit denjenigen der oberflächlichen Hypnosen, könnte die gleiche Ableitung aus der unbewußten Willkür der Versuchspersonen, wenn dieser Ausdruck gestattet sein soll, in Betracht kommen. Aber es bieten sich hier offenbar noch andere Möglichkeiten. Am einfachsten

erscheint es, auf analoge Geschehnisse des Wachlebens hinzuweisen, wie es Bernheim in seinem Gesetz des Ideodynamismus versucht hat. Nach ihm hat jede suggerierte Vorstellung die Tendenz, sich zu realisieren, indem sie zur sinnlichen oder viszeralen Empfindung, zur Handlung oder Gemütsbewegung wird. Andere Forscher nehmen sogar an, daß schon jede normale Vorstellung einen Glauben an die Realität ihres Gegenstandes, m. a. W. ein halluzinatorisches Element enthalte. Forel weist auf die Analogie der somnambulhypnotischen Halluzinationen zu den Traumerscheinungen des natürlichen Schlafes hin. Auf die Lehre von der Erwartungsspannung, die schon 1837 von John Hunter aufgestellt wurde, greifen auch viele moderne Autoren zurück, z. B. Preyer, Hilger u. a. Daneben kommt aber zweifellos ein emotionelles Motiv in Frage, das geeignet ist, die Willkür der Patienten ohne deren Wissen in die vom Hypnotiseur bestimmten Bahnen zu lenken: z. B. die Furcht, daß die betreffenden Erscheinungen eintreten werden. Vielleicht darf zur Erläuterung dieses Mechanismus die Analyse der Phänomene in der früher geschilderten Autosuggestivhypnose herangezogen werden. In dieser abnormen, aber gleichwohl somnambulen Hypnose sehen wir bekanntlich die Suggestion der Katalepsie in der ersten Hypnose sich anstandslos und sofort realisieren. In den folgenden Hypnosen bildet sich allmählich ein autosuggestiver Widerstand gegen die Hervorrufung der Katalepsie aus, so daß die Patientin auf eine diesbezügliche Suggestion einfach erklärt: „Nein, meine Arme werden nicht steif.“ Unter zwei Bedingungen aber realisiert sich die Katalepsie trotzdem auch in der Autosuggestivhypnose: einmal, wenn man plötzlich und unvermutet die Versuchsperson mit der betreffenden Suggestion überrascht. Sodann aber, wenn man trotz anfänglichen Widerstandes immer wieder die gleiche Suggestion wiederholt und auf ihrer Ausführung beharrt. Im letzten Falle klagt die Patientin nach einiger Zeit

darüber, daß sie ziehende Schmerzen in den Armen empfände, daß die Arme schwerer und matter würden, daß Kriebeln oder thermische Parästhesien in der Haut der Arme entständen usf., bis endlich die Katalepsie komplett ist. Mir scheint, als wenn hier die Vorstellung, die Erwartungsspannung, die Furcht, der Macht des Hypnotismus zu unterliegen, sukzessiv die motorischen Erscheinungen hervorruft, die normalerweise fast momentan auftreten.

Als zweite Gruppe somnambulhypnotischer Phänomene wollen wir die angeblichen organischen Wirkungen der Suggestion einer genaueren Analyse unterziehen. Gehen wir von der Behauptung der suggestiven Vesikation aus, die durch v. Schrenck-Notzing einer dankenswerten, exakten Untersuchung unterzogen wurde. v. Schrenck-Notzing berichtet folgenden Fall: Bei dem nicht hysterischen Dienstmädchen eines Arztes, welches nur eine geringe vasomotorische Übererregbarkeit der Haut zeigte, wurde durch Suggestion die Hervorrufung einer Wasserblase an einer vorher bezeichneten Stelle beobachtet. Um den Versuch wissenschaftlich beweisend zu gestalten, wurde das Mädchen einem Kollegium von zwölf Ärzten und Professoren der Medizin zur Beobachtung übergeben und in deren Gegenwart das Experiment mit der Vorsichtsmaßregel wiederholt, daß über die bezeichnete Stelle ein sorgfältiger, versiegelter Verband gelegt wurde. Bei der nach 24 Stunden erfolgten Abnahme des Verbandes wurde an der bezeichneten Stelle eine zirkumskripte Rötung mit mehrfachen kleinen Bläschen, ein Erythema bullosum, konstatiert. Nun wurden, zumal sich der Verband an einigen Stellen einer Verletzung verdächtig erwies, noch strengere Kautelen eingeführt, indem der Arm, an dem die Vesikation beobachtet werden sollte, eingegipst und eine ständige, Tag und Nacht andauernde Überwachung der Versuchsperson durchgeführt wurde. Bei der Entfernung des Verbandes fand sich diesmal eine zirkumskripte Hautrötung ohne

Blasenbildung, jedoch nicht an der Dorsalseite des Vorderarmes, wo sie suggeriert worden war, sondern an der Volarseite des Armes, die durch den Gipsverband minder sorgfältig geschützt war. Zugleich aber wurde eine Perforation des Verbandes durch eine Haarnadel gefunden, deren Zustandekommen trotz der andauernden Überwachung unbemerkt geblieben war. Endlich wurde beobachtet, daß noch nach der Abnahme des Verbandes ein häufigeres Reiben der geröteten Stelle stattfand, um dieselbe möglichst lange zu erhalten. Dieses Ergebnis veranlaßte zu einem letzten Experiment, in dem alle erdenklichen Vorsichtsmaßregeln getroffen wurden. Es wurden beide Arme eingegipst und immobilisiert, ferner die Versuchsperson Tag und Nacht von Medizinern beobachtet und nicht aus den Augen gelassen. Das Resultat war nunmehr ein völlig negatives: weder Blasenbildung noch Hautrötung war durch die Suggestion hervorgerufen worden. Die Deutung dieses interessanten Falles ist m. E. nicht mit der Feststellung erschöpft, daß die Behauptung suggestiv erzeugter Vesikation nicht erwiesen sei und in das große Reich der Übertreibung gehöre. Denn die Tatsache, daß der Erfolg der Suggestion in umgekehrter Proportion zu den aufgewandten Kontrollmaßregeln stand, gibt uns, wie ich meine, einen deutlichen Fingerzeig, auf welchem Wege sich derartige ungewöhnliche Erscheinungen realisieren können, ohne daß einerseits von einer direkten Wirkung der Suggestion, andererseits von einem eigentlichen Betrug oder Simulation die Rede sein kann. Vielmehr handelt es sich offenbar um eine indirekte Realisation des suggerierten Phänomens unter Zuhilfenahme willkürlicher Hilfsmittel seitens der Versuchsperson, die infolge der erhaltenen Suggestion alle ihre Kräfte aufbietet, um den suggestiven Auftrag dem Wunsche des Hypnotiseurs gemäß auszuführen. Von Betrug dürfte hierbei nur gesprochen werden, wenn die Versuchsperson gleichzeitig den Befehl erhielte, jede aktive Unterstützung des Ver-

suches zu unterlassen. Spontan tut sie das nicht nur nicht, sondern sic realisiert mit allen Mitteln und Kräften, die ihr zu Gebote stehen, was sic realisieren kann. Hieraus geht klar hervor, daß cine Hemmung der willkürlichen Aktion der Versuchsperson in der Hypnose durchaus nicht stattzufinden braucht. Die Assoziationstätigkeit ist in diesem Falle nicht allgemein eingeschränkt, sondern in bezug auf dic Ausführung der gegebenen Suggestion eher erweitert, da alle auch nicht ausdrücklich suggerierten auxiliären Assoziationen und Strebungen, die sich auf die Realisierung des Endeffektes beziehen, spontan den Gesamtkomplex vervollständigen. Ob sich der Hypnotisierte bewußt ist, daß diese Art der Realisation des suggerierten Phänomens nicht der Absicht des Hypnotiseurs entspricht und daß er also de facto eine objektive Täuschung begeht, ist eine Frage, die ich nicht ohne weiteres bejahen möchte. Ich halte es bis auf weiteres durchaus für möglich, daß dic Versuchsperson sich bei der ganzen, oben geschilderten Sachlage in dem guten Glauben befand, nichts Unrechtes zu tun. Wir werden sogleich sehen, daß eine ähnliche Sachlage bei sehr vielen hypnotischen Experimenten angenommen werden muß.

Zuvor aber kann ich es mir nicht versagen, über zwei Fälle von Vesikation kurz zu berichten, die ich selbst kennengelernt habe und die das Zustandekommen solcher zirkumskripten vasomotorischen Veränderungen auf der äußeren Haut vielleicht noch ein wenig besser illustrieren dürften. Ein 14½ jähriger Knabe wurde mir von einem Lehrer, der mir als zuverlässiger Beobachter seit langer Zeit bekannt ist, zugeschickt mit der Angabe, daß der Knabe imstande sei, durch den bloßen Willen Brandblasen auf seiner Haut entstehen zu lassen. Ich ermittelte folgende Anamnese: Hereditäre Belastung fehlt. Der Knabc selbst hat viele Krankheiten durchgemacht, zweimal Scharlach, Diphtherie, Gelbsucht, mehrere Male Masern, Keuchhusten usw. In der Schule kommt er gut fort und macht überhaupt einen geistig geweckten Ein-

druck. Er gibt an, daß die Kameraden in der Schule ihn seit langer Zeit häufig fragen, ob er nervös sei. Vor einem halben Jahre will er öfters Kopfschmerzen infolge von Überanstrengung in der Schule gehabt haben; außerdem ist er sehr mitleidig und leicht zum Weinen geneigt. Andere nervöse Erscheinungen sind nie an ihm beobachtet worden. Über die Hauterscheinungen sagt er folgendes aus: Im Alter von zehn Jahren hatte er einen Traum, daß hinter dem Vorhange an seinem Bette ein Bein hervorkäme, das hin und her wackelte. Dabei hätte er sich sehr geängstigt. Als er den nächsten Tag mittags nach Hause kam, sah er das Bein wirklich; ebenso später noch mehrere Male. Seitdem ist er sehr furchtsam, obwohl er sich in letzter Zeit sehr bemüht, dies zu überwinden. Im elften oder zwölften Jahre erzählte ihm jemand, mit dem er von seinen Halluzinationen sprach, etwas vom Somnambulismus; auch las er ein altes Buch darüber: „Erlebnisse einer Somnambulen." Darin stand, daß die betreffende Person im Traume auf die Planeten geführt wurde. Damals hätte er große Angst gehabt, daß es ihm auch so ergehen könnte. Das erzählte er einem Studenten der Jurisprudenz, der ihn daraufhin fragte, ob er an der Haut empfindlich wäre, und der ihm riet, er solle versuchen, Brandblasen auf seiner Haut hervorzurufen. Dies gelang dem Knaben auch, und zwar in folgender Weise. Er legte sich hin und stellte sich fest vor, daß ein glühendes Plätteisen mit der Spitze an seine Handinnenfläche käme. Dabei trat ein enormer Schweißausbruch ein und so große Schwäche, daß er darüber einschlief. Am nächsten Morgen war eine richtige Brandblase von zirka Erbsengröße an der Handinnenfläche vorhanden. Diesen Versuch, den er mit zwölf Jahren machte, wiederholte er zunächst nicht, weil er sehr schwach dabei wurde. Mit 14 Jahren erst, als der Lehrer in der Schule davon sprach, daß manche Leute sich durch bloße Vorstellung Brandblasen auf der Haut erzeugen könnten, versuchte er es noch einmal in

derselben Weise, wiederum mit Erfolg. Es entstanden zwei etwas über erbsengroße Blasen auf den Innenflächen beider Hände; auch diesmal trat wieder starker Schweißausbruch und große Schwäche ein. Diese Brandblasen zeigte er dem Lehrer, der mir ihre Tatsächlichkeit bestätigte. Vor wenigen Tagen, bevor er mich aufsuchte, wiederholte er den Versuch noch einmal, aber ohne Erfolg; es trat weder Schweißausbruch noch Schwäche ein. Er behauptet, dies komme daher, daß er in letzter Zeit durch fleißiges Spazierengehen usw. kräftiger geworden sei, während er zur Zeit der früheren Versuche blutarm und schwächlich gewesen sei. Außerdem gibt er an, vor einigen Wochen Quecksilber bei Gelegenheit von Experimenten in der Schule in seiner Hand gerieben zu haben. Am nächsten Tage habe er einen Ausschlag im Gesicht und an den Händen gehabt in Gestalt von großen roten Flecken, die sehr juckten und erst nach fünf Tagen wieder verschwanden. Auch beim Beerenessen, besonders nach Johannisbeeren und Walderdbeeren, trete ein ähnlicher, nesselartiger Ausschlag bei ihm ein. Die objektive Untersuchung des Knaben ergab: Mittelgroßer, ziemlich blasser, mäßig genährter, leidlich entwickelter Knabe. Bescheidenes, verständiges Wesen. Gehör R. heller als L. Schmerzempfindung am ganzen Körper R > L. Reflexe beiderseits lebhaft, R. vielleicht etwas stärker. Puls etwas beschleunigt und leicht erregbar. Er litt früher an spontanen Schwindel- und leichten Ohnmachtsanfällen, besonders bei Angst oder Aufregungen. Die Haut zeigt leichte, unbedeutende Dermographie. Die Hautreflexe sind ungewöhnlich lebhaft, z. B. der Bauchdeckenreflex. Aus diesem Befunde geht zunächst hervor, daß es sich um ein hysterisches Individuum handelt, dessen Haut, obwohl ihre mechanische Reizbarkeit nicht groß ist, zur Eruption von Ausschlägen usw. eine gewisse Disposition besitzt. Außerdem verliert m. E. die Tatsache der Vesikation bei diesem Knaben jeden merkwürdigen Anstrich, wenn man

bedenkt, welche Manipulationen der Knabe vornehmen mußte, um — vermeintlich durch den bloßen Willen — die Vesikation zu erzeugen. Es ist klar, daß sich der Knabe bei diesem Experimente in einem so hochgradigen Aufregungszustande befunden haben muß, daß er sicherlich keine zuverlässige Auskunft darüber geben kann, ob er nicht etwa, außer der Vorstellung des heißen Plätteisens, noch unbewußte mechanische Reizungen der Handinnenfläche vorgenommen habe, um den sehnlichst erwarteten Effekt zu realisieren. Ein direkter Einfluß der Vorstellung oder des Willens auf die Hervorrufung der Hauterscheinung erscheint mir wenigstens nach der ganzen Schilderung des Versuches für ausgeschlossen, obwohl an der Gutgläubigkeit des Knaben, der übrigens durchaus kein Aufhebens von der ganzen Sache machte, nicht zu zweifeln war.

Ein zweiter Fall, in dem ich die Existenz der Brandblasen selbst beobachten konnte, betrifft eine 28-jährige junge Dame, die ich wegen einer hysterischen Hemikranie längere Zeit behandelte. Sie zeigt bei der Untersuchung eine Hypalgesia dextra, sehr lebhafte Reflexe, Gehör R > L, bei mechanischer Hautreizung lebhafte Dermographie, zeitweise auch typische Urticaria factitia. Sie gibt an, nach Krebsen, Erdbeeren usw. häufig Nesselausschlag zu bekommen. Bei längerer Berührung eines warmen Plätteisens, das durchaus nicht heiß ist, treten bis kirschgroße Wasserblasen an ihren Fingerspitzen auf, die prall gefüllt sind und keinen roten, entzündlichen Hof aufweisen, sondern sich unmittelbar aus der normalen Haut zu erheben scheinen, wie ich selbst mich zu überzeugen Gelegenheit hatte. Außerdem hat die Kranke öfters an sogenannten fliegenden Ödemen gelitten, die bei Hysterischen nicht selten zur Beobachtung kommen. Es handelt sich hier offenbar um eine leicht reizbare Haut, trotzdem die mechanische Reizbarkeit nur gelegentlich sich erheblich gesteigert zeigte, und um eine abnorme Durchlässigkeit der Lymph-

kapillaren: einen Zustand, den man vielleicht in Analogie zur Hämophilie als Lymphophilie bezeichnen könnte. So kommt es, daß ein geringfügiger Reiz, der an der normalen Haut keinerlei Erscheinungen hervorruft, hier eine intensive Vesikation zur Folge hat. Ich zweifle nicht, daß es in diesem Falle auch in der Hypnose bei geeigneten Bemühungen gelingen würde, eine Vesikation hervorzurufen, freilich nicht, ohne daß die Patientin außer der Vorstellung andere, körperlich wirkende Reize zu Hilfe nimmt.

Nach allem scheint mir das eine sicher zu sein, daß organische Veränderungen durch die Suggestion wohl bewirkt werden können. Aber nicht auf direktem Wege, wie meist angenommen wird, sondern auf einem indirekten Wege, der auf der aktiven Mithilfe der Versuchspersonen im Sinne der gegebenen Suggestionen basiert. Wenn daher Alrutz neuerdings wieder den Mechanismus der suggestiven Vesikation dadurch zu erklären sucht, daß der Reiz durch Einwirkung auf die Schmerznerven einen psychischen Reflex auf die Gefäßmuskulatur verursache und dadurch eine vermehrte Absonderung von Flüssigkeit aus dem Blute bewirke, so kann ich mich dieser Auffassung nicht anschließen. Die aktive Mithilfe der Versuchspersonen im Sinne der gegebenen Suggestionen scheint mir vielmehr ein Phänomen zu sein, das bei der Verwirklichung vieler merkwürdigen hypnotischen Erscheinungen eine ausschlaggebende Rolle spielt und das man bisher zu Unrecht vernachlässigt hat. Die Gegner, weil sie darin Betrug wittern, die Anhänger, weil sie nicht eingehend genug den Seelenzustand der Hypnotisierten bei der Ausführung der Suggestionen zu ergründen sich bemühten. So glaube ich, daß dieser Faktor wirksam ist bei der suggestiven Hervorrufung des Stuhlganges, der Urinsekretion, der Menstruation usw., wie wir dies schon oben konstatiert haben; ebenso bei der suggestiven Beeinflussung der Kinder, wo er dem einfachen Tatbestande des Gehorsams entspricht. Auch die

bekannten Experimente v. Krafft-Ebings, in denen dieser Autor eine Verwandlung der Persönlichkeit zu erreichen vermeinte, fügen sich ohne Zwang diesem Erklärungsprinzip. Wenn ich einem Somnambulhypnotischen sage, er sei jetzt ein Hund, so bestrebt er sich, die Erscheinung und das Verhalten eines Hundes so gut nachzuahmen, als sein schauspielerisches Talent es ihm erlaubt. Je nachdem seine Phantasie ausgebildet ist, wird er sogar das suggerierte Bild durch selbständig hinzugefügte Assoziationen ausmalen und vervollständigen. Verwandle ich ihn in ein sechsjähriges Kind, so schreibt er wie ein Abcschüler, der soeben in die Schule gekommen ist, aber nicht weil seine Psyche tatsächlich passiv in diese Zeit zurückversetzt wäre, sondern weil er aktiv bemüht ist, die erhaltene Suggestion so gut wie möglich auszuführen. Dabei ist noch ein Moment von Wichtigkeit, das die Analyse des Seelenzustandes der Hypnotisierten so außerordentlich erschwert: die suggestive Fälschung der Aussagen der Hypnotisierten im Sinne der erhaltenen Suggestionen. Gebe ich einer Somnambulhypnotischen die Suggestion, sie werde morgen früh in einer bestimmten Zeit Stuhlgang haben oder menstruiert werden, so wird die Versuchsperson das nächste Mal von einem positiven Erfolg der Suggestion berichten, gleichviel ob er eingetreten ist oder nicht. Warum? Nicht etwa in der Absicht, den Experimentator zu täuschen, sondern weil diese Aussage im Grunde genommen implizite mitsuggeriert worden war. Ja, man kann sogar in der Hypnose selbst erleben, daß ein Hypnotisierter, dem wir Urindrang und dadurch hervorgerufene Urinentleerung suggeriert haben, sich zum Urinieren entblößt mit der ganzen Unruhe eines Menschen, den eine gefüllte Harnblase zur Entleerung drängt, und daß er dann nach einigen Minuten das leere Nachtgeschirr wieder hinstellt, mit der Behauptung, durch eine reichliche Entleerung seinen Harndrang befriedigt zu haben. Mit anderen Worten: der Hypnotiseur halluziniert

dem Patienten den Harndrang, in der Absicht, eine tatsächliche Harnentleerung hervorzurufen; der Hypnotisierte aber halluziniert auch die Harnentleerung selbst. Unter diesen Umständen ist es klar, wie schwer es ist, in die Seele des Hypnotisierten einen zuverlässigen Einblick zu gewinnen, wie sehr man den subjektiven Angaben des Hypnotisierten mißtrauen muß, wenn man zu einem theoretischen Verständnis der suggestiven Erscheinungen gelangen will. Noch ein Beispiel für viele möge diese Behauptung illustrieren: die suggestive Amnesie der Hypnotisierten. Es ist richtig, daß die Hypnotisierten, nachdem man ihnen Amnesie für die hypnotischen Vorgänge suggeriert hat, auf späteres Befragen angeben, daß sie keine Erinnerung an die hypnotischen Vorgänge hätten. Es ist auch richtig, daß sie in ihrem ganzen Verhalten keinerlei Anhaltspunkte dafür bieten, daß eine solche Erinnerung doch vorhanden sein könnte. Vielmehr handeln sie durchaus, als ob die Vorgänge, für die ihnen Amnesie suggeriert worden war, tatsächlich aus ihrem Gedächtnis entschwunden wären. Aber ist dies wirklich auch objektiv der Fall? Oder liegt auch hier eine halluzinatorische Aussagefälschung vor, die die Personen zu ihrem Verhalten veranlaßt? Ich möchte die letzte Möglichkeit nicht behaupten, aber auch nicht ohne weiteres bestreiten. Ja, ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, daß diese Möglichkeit auch bei der Realisierung der hypnotisch-suggestiven Taubheit, Blindheit, Geschmacks-, Geruchsveränderung und auch bei der suggestiven Anästhesie und Analgesie, vielleicht neben anderen Momenten, vorhanden sein könnte. Es werden zahlreiche, mit weit strengerer psychologischer Kritik als bisher ausgeführte Untersuchungen nötig sein, um diese Fragen exakt zu entscheiden. Jedenfalls aber ist es verfrüht, eine Theorie der hypnotischen Erscheinungen aufzustellen, bevor diese Schwierigkeiten nicht klargestellt sind.

Neben der umfassenden Verwendung der eigenen Willkür der Versuchspersonen ist noch eine zweite Haupt-

wurzel der somnambulhypnotischen Erscheinungen zu erwähnen: die bis zu halluzinatorischer Deutlichkeit gesteigerte Lebhaftigkeit der Phantasie oder Vorstellungsfähigkeit. Schon Liébeault hat sich dieser Erkenntnis nicht verschlossen. Binet-Féré, Tarchanoff, Lehmann u. a. haben sie durch Experimente zu stützen gesucht. Es sei gestattet, den Tatbestand noch einmal an einigen Beispielen zu erläutern. Ich gebe einer Somnambulhypnotischen ein Taschenmesser in die eine, ein Paradekissen von einem halben Quadratmeter Größe in die andere Hand und frage sie, was diese beiden Gegenstände seien. Sie betastet die Objekte, meinetwegen mit offenen Augen, benennt sie richtig und schildert korrekt ihre Größe, Farbe, Konsistenz usf. Nunmehr suggeriere ich ihr, nachdem ich ihr beide Gegenstände einen Augenblick weggenommen, ich würde ihr in jede Hand ein Taschenmesser geben, deren Eigenschaften sie mir beschreiben solle; gebe ihr aber in Wirklichkeit die gleichen Gegenstände wie zuvor. Daraufhin beschreibt sie das eine wirkliche Taschenmesser in seiner richtigen Gestalt. Das Paradekissen aber, das ihr als Taschenmesser suggeriert worden war, erklärt sie ebenfalls für ein Taschenmesser, behauptet, es sei etwas größer oder kleiner als das andere, beschreibt die Farbe seiner Schale, gibt die Zahl und Schärfe seiner Klingen an usf. Darauf frage ich sie: „Woran erkennen Sie denn, daß der Gegenstand in Ihrer rechten Hand (in der sie das Paradekissen hält) ein Taschenmesser ist?“ Sie antwortet, ohne sich zu besinnen: „Das sehe und fühle ich doch.“ Ich frage wiederum: „Glauben Sie nicht, daß Sie sich täuschen könnten? Sie wissen doch, daß man in der Hypnose mancherlei Täuschungen hervorrufen kann?“ Sie antwortet in ärgerlichem Tone: „So dumm bin ich nicht, daß ich mir einreden lasse, daß dies kein Taschenmesser ist, da ich es ja als solches sehen und fühlen kann.“ Endlich frage ich: „Welches Taschenmesser erscheint Ihnen deutlicher?“ Sie antwortet prompt: „Das in der

rechten Hand.“ — Ein anderes Beispiel. Ich suggeriere einer Somnambulhypnotischen, ich würde die Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche, die ihr bekannt ist, von ihrer Unterlage abheben und auf meiner flachen Hand in mein Zimmer transportieren und vor ihren Augen aufstellen. Meine darauf folgende Frage, ob sie die Kirche sähe, bejaht sie und fügt auf Wunsch die Beschreibung des Äußeren der Kirche, der Glasfenster, der Türme usw. hinzu. Darauf frage ich: „Halten Sie es denn für möglich, daß ich ein solches Riesenbauwerk auf meiner Hand tragen und daß ich es in diesem Zimmer, dessen Größe doch viel geringer ist, als die der Kirche, aufstellen kann?“ Sie antwortet zögernd: „Nein,“ fügt aber sofort spontan hinzu: „Aber ich sehe die Kirche doch hier!“ Ich sage ihr: „Nun gehen Sie einmal dicht an diese Kirche heran und sehen Sie zu, ob es eine wirkliche Kirche ist.“ Sie geht einige Schritte vorwärts, macht dann Halt, biegt um und tastet mit der Hand in der Luft umher. Darauf bricht sie ärgerlich und gekränkt in die Worte aus: „Aber ich sehe und fühle doch die Kirche. Ich werde doch wohl noch eine Kirche erkennen können; so dumm bin ich doch nicht.“ Ich frage: „Wie hoch sehen Sie denn die Kirche?“ Sie antwortet: „Sehr hoch hinauf“ und weist dabei auf die Stelle der Zimmerdecke, von der die Gaskrone herabhängt. Darauf frage ich sie: „Sehen Sie diese Gaskrone dort.“ Sie antwortet: „Ja, gewiß.“ Ich wende ein: „Aber wie ist es denn möglich, daß Sie dort die Gaskrone sehen? Sie sagten doch, dort stände die Kirche. Können Sie denn durch die Kirche hindurchsehen?“ Antwort: „Das weiß ich nicht. Aber ich sehe jedenfalls die Kirche und sehe auch die Gaskrone; mehr kann ich nicht sagen.“ Ich frage schließlich: „Was sehen Sie deutlicher, die Kirche oder die Gaskrone?“ Sie antwortet ohne Zögern: „Die Kirche!“

Aus dieser Analyse, der unzählige ähnliche an die Seite gestellt werden könnten, geht doch wohl hervor, daß

die suggerierten Halluzinationen anscheinend von großer Intensität sind. Im Vergleiche dazu scheinen die spontanen Sinneswahrnehmungen in der Hypnose eher etwas abgeschwächt zu sein. Die Urteilsfähigkeit und die sekundären Assoziationen zeigen sich spontan und auch während der Halluzinationen keineswegs alteriert. Vielmehr kann man die Gegenvorstellungen ausdrücklich hervorrufen und hervorheben, ohne daß dadurch die Überzeugungskraft der suggerierten Halluzinationen Einbuße erleidet. Von einer Einschränkung des Bewußtseinsfeldes kann somit keine Rede sein. Es scheint vielmehr durch diesen Tatbestand die Lehre von Friedmann bestätigt, wonach das Fürwahrhalten eine notwendige Folge der Intensität oder Deutlichkeit unserer Vorstellungen ist. Für die Erklärung der negativen Halluzinationen wird man von der Tatsache ausgehen müssen, daß es nicht der Sinneseindruck ist, der durch die Suggestion ausgelöscht wird. Sonst könnten von den negativen Halluzinationen nicht komplementäre Farbennachbilder und Erinnerungen ausgelöst werden, wie Binet und Féré gezeigt haben. Es kann sich daher nur um einen psychischen Prozeß handeln, den Schaffer als Ablenkung der Aufmerksamkeit deutet, den ich aber lieber als Urteilsveränderung im Sinne einer Selbstillusionierung infolge gesteigerter Phantasieveranlagung auffassen möchte. Es bedarf keines weiteren Nachweises, daß die hochgradige Lebhaftigkeit der Phantasie, ebenso wie die anderen erwähnten Faktoren, die zur Erklärung der somnambulhypnotischen Erscheinungen herangezogen wurden, dem klinischen Arsenal der Hysterie entstammen. Somnambulhypnose und Hysterie gehören eben nicht nur praktisch zusammen, wie wir früher sahen, sondern sie bilden auch theoretisch ein einheitliches Problem, dessen letztes Geheimnis uns freilich noch lange verschleiert bleiben dürfte.

In das gleiche Gebiet führt uns die Analyse der abnormen hypnotischen Phänomene, bei denen die klinische Identität der hysterischen mit den echten hypnotischen

Erscheinungen sogar noch um vieles deutlicher sich offenbart. Kommen doch die meisten abnormen hypnotischen Erscheinungen auch spontan bei den Hysterischen vor. Eine gewisse Schwierigkeit für die Erklärung bietet höchstens das Bild der früher beschriebenen Autosuggestivhypnose, bei der die konträren Autosuggestionen der Versuchspersonen zum Teil gegenüber den Fremdsuggestionen des Hypnotiseurs das Feld behaupten. Derartige Personen lachen den Hypnotiseur unter Umständen aus, wenn er ihnen einen Briefbogen in die Hand gibt, mit der Suggestion, es sei ein Glas Wasser, an dem sie sich erquicken sollen. Aber im nächsten Augenblicke trinken sie das vermeintliche Wasser aus einem Buche oder einem Federhalter, wenn man sie unvorbereitet überrumpelt, ohne daß sie Zeit gehabt haben, widerstrebende Autosuggestionen dagegen auszubilden.

Zur Erklärung dieses Tatbestandes wird man zu der Annahme geneigt sein, daß es sich um oszillierende Schwankungen des Bewußtseinszustandes handle, so daß die Versuchspersonen sich bald in einem dem Wachen ähnlichen, bald in einem Somnambulzustande befänden. Derartige Schwankungen des Bewußtseinszustandes sind in der Tat in der Autosuggestivhypnose zu beobachten, wie schon das spontane Erwachen dieser Versuchspersonen erweist. Trotzdem würde ich auch hier den größeren Wert legen auf den Nachweis, daß diese Patienten sich auch schon im Wachzustande in einer ähnlichen Seelenverfassung befinden, die zwischen dem Negativismus und der Suggeribilität als den beiden Extremen der hysterischen Beeinflussungsmöglichkeit hin- und herschwankt.

Wir sehen demnach, daß alle Rätsel des experimentellen spezifischen Hypnotismus immer und immer wieder auf die klinischen Tatsachen der Hysteriepathologie zurückführen. Daß diese Erklärung keine endgültige, sondern im besten Falle nur eine relative ist, versteht sich am Rande von selbst. Denn noch gilt es, das Rätsel der Hysterie selbst mit ihren mannigfachen, in die

Tiefe der Psychologie und Physiologie reichenden Problemen zu lösen. Diese Aufgabe muß einer fernen Zukunft vorbehalten bleiben. Die moderne wissenschaftliche Hypnotherapie ist an dieser Aufgabe nur in verhältnismäßig geringem Grade interessiert, da der moderne therapeutische Hypnotismus, wie ich gezeigt habe, mit dem experimentellen Hypnotismus nur noch den Namen gemein hat.

Autorenverzeichnis.

Sachverzeichnis.

B.

C.

D.

E.

I, J.

K.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.







Date Due



